

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 janvier 1895, à 1 heure

Par ALBERT LACHOWSKI

Né à Kalvaria (Russie), le 15 juillet 1868

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS

DES DIVERS MODES DE TRAITEMENT

DU

RÉTRÉCISSEMENT DIT SYPHILITIQUE DU RECTUM

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. } STRAUS, professeur.
HANOT, RICARD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

109

Faculté de Médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 janvier 1895, à 1 heure

Par ALBERT LACHOWSKI

Né à Kalvaria (Russie), le 15 juillet 1868

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS

DES DIVERS MODES DE TRAITEMENT

DU

RÉTRÉCISSEMENT DIT SYPHILITIQUE DU RECTUM

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. } STRAUS, professeur.
 } HANOT, RICARD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SEBILÉAU
BRISAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES PARENTS BIEN-AIMÉS

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON CHER MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Professeur de médecine opératoire
Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'hôpital Bichat
Officier de la Légion d'honneur

A MON CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE D^r J. L. CHAMPIONNIÈRE

Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'honneur

A MON CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE D^r HARTMANN

Chirurgien des hôpitaux

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS
DES DIVERS MODES DE TRAITEMENT
DU RÉTRÉCISSEMENT
DIT SYPHILITIQUE DU RECTUM

INTRODUCTION

Pendant le temps que nous avons eu l'honneur d'être attaché au service de notre illustre maître, M. le professeur Terrier, nous avons eu l'occasion de voir plusieurs malades atteints de rétrécissement syphilitique du rectum et traités par l'ablation du rétrécissement. Par un hasard particulier de clinique nous avons pu revoir à la même époque des anciens malades opérés par la rectotomie linéaire. La comparaison des résultats obtenus dans les deux cas s'imposait d'elle-même. A l'instigation de notre cher maître, M. Hartmann, suppléant de M. le professeur Terrier, nous avons résolu de faire du traitement des rétrécissements dits syphilitiques du rectum le sujet de notre thèse inaugurale.

Les cadres de ce travail ne nous permettent pas de donner une étude complète des rétrécissements syphilitiques du rectum, comme nous l'avons voulu faire de prime abord. Nous laisserons donc de côté la symptomatologie du rétrécissement syphilitique du rectum, bien étudiée dans les traités classiques et les monographies spéciales. De même nous

ne discuterons pas la pathogénie et l'anatomie pathologique de cette affection, car leur étude et leur discussion nous entraîneraient trop loin. Nous nous bornerons simplement à l'étude du traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum et surtout à l'étude des résultats immédiats et éloignés obtenus par les divers modes de traitement. En nous plaçant sur ce terrain, peu nous importe la pathogénie et la nature du rétrécissement du rectum dit syphilitique. Qu'il soit le résultat d'une rectite plastique, survenant en même temps que le chancre anal, syphilitique ou vénérien, ou peu après (Gosselin), qu'il soit la conséquence d'un chancre ou d'une plaque muqueuse phagédénique (Desprès), qu'il soit un accident constitutionnel de la syphilis (syphilome ano-rectal de Fournier), ou qu'il soit de nature inflammatoire, le résultat d'une phlegmasie aiguë ou chronique de parois rectales reconnaissant des causes variées : syphilis, pédérastie, blennorrhagie, etc. (Duplay et autres), ou enfin le résultat d'une rectite sténosante (Delbet), une fois formé ce rétrécissement constitue par son aspect, par ses caractères et par son évolution une variété particulière des rétrécissements fibreux du rectum, une entité morbide distincte et qu'on désigne généralement sous le nom des rétrécissements syphilitiques du rectum. En nous servant de ce terme, nous ne voulons donc en rien présumer de la nature de ces rétrécissements.

Sans présenter la malignité du cancer au point de vue de sa généralisation, le rétrécissement syphilitique du rectum est une affection qui ne rétrocede jamais et qui au bout d'un certain temps plus ou moins long, suivant la résistance du sujet, l'étendue et le degré des lésions, conduit les malades à la mort. Ils sont emportés, soit par la cachexie et l'épuisement, résultant du fait même du rétrécisse-

ment (écoulement purulent), soit par la phtisie pulmonaire, soit par une maladie intercurrente quelconque : érysipèle, grippe, pneumonie; quelquefois par une péritonite suraiguë, consécutive à une perforation de l'intestin ou à l'ouverture d'une poche purulente dans le péritoine, produite par une dilatation forcée ou maladroite ou même par un simple toucher.

Le traitement de cette affection grave a de tout temps fait le désespoir des chirurgiens. Nombre de traitements ont été préconisés, mais les résultats obtenus ont été des plus médiocres. Il y a moins de 10 ans qu'Allingham écrivait cette phrase dans l'*Encyclopédie internationale*. « Dans le rétrécissement du rectum on ne peut obtenir une guérison rapide et durable par aucun moyen, une pratique de près de 25 ans, ne m'a jamais permis de voir un seul cas qui eût été guéri rapidement et qui n'eût pas récidivé avec une promptitude égale ». Depuis, grâce aux progrès réalisés par la chirurgie et grâce au perfectionnement de la technique opératoire l'extirpation du rectum, condamnée autrefois, comme « barbare », à cause des résultats défavorables, est rentrée dans la pratique chirurgicale, les méthodes actuelles d'antisepsie chirurgicale l'ayant rendue presque inoffensive.

Dans ce travail nous tâcherons donc d'étudier surtout les résultats donnés par cette méthode qui est actuellement à l'ordre du jour. Après avoir sommairement résumé les anciens modes de traitement et les résultats qu'ils ont fourni, nous nous arrêterons plus longuement sur l'extirpation du segment rétréci du rectum. Nous donnerons toutes les observations que nous avons pu recueillir à Paris grâce à l'obligeance de nos maîtres dans les hôpitaux, de même que les observations déjà publiées tant en France qu'à l'étranger, et nous tâcherons de poser

les conclusions que comportera l'étude de nos cas. Nous consacrerons un court chapitre à la colotomie peu employée jusqu'aujourd'hui en France dans le traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum, mais qui de l'avis de MM. Quénu et Hartmann est indiquée plus fréquemment qu'on ne le croit généralement. Nous ne parlerons pas de la cautérisation des rétrécissements, méthode complètement rejetée aujourd'hui ; non plus de l'électrolyse, qui n'a guère été employée en France. Les malades, dont nous donnons plus loin les observations, ont été presque tous revus par nous-même ou par ceux de nos maîtres qui les ont opérés. Ceux qui ont eu à rechercher des malades au bout d'un certain temps après l'opération, souvent assez éloigné, savent combien cette tâche est difficile et ingrate. Puisse ce travail être quelque peu utile pour l'éclaircissement de la question si difficile du traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum, et nous nous considérerons récompensé de toutes les peines que nous nous sommes données.

Nous sommes heureux que l'usage nous permette ici de témoigner publiquement notre profonde reconnaissance à tous ceux qui nous ont guidé dans le cours de nos études médicales. Ainsi c'est pour nous un devoir bien agréable à remplir que d'adresser à notre cher maître, M. le professeur Terrier, l'expression de notre vive et sincère gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée pendant l'année que nous avons eu l'honneur d'être son externe et qui veut bien nous honorer encore en acceptant la présidence de notre thèse.

A côté de M. le professeur Terrier nous croyons de notre devoir d'adresser nos vifs remerciements à nos savants maîtres dans les hôpitaux, à MM. les D^{rs} J. Lucas-Championnière, J. Simon, le professeur Jaccoud, Lancereaux, Peyrot, Varnier, Marfan, pour

leurs précieux conseils et leur accueil toujours bienveillant.

Que M. le professeur Poncét (de Lyon), MM. les professeurs agrégés : Richelot, Quénu, Ricard, Albarran, Delbet, et M. le Dr Gérard Marchant, chirurgien des hôpitaux, veuillent bien accepter notre reconnaissance pour les renseignements utiles et les observations qu'ils ont bien voulu nous communiquer.

Nous n'oublierons jamais l'affection que nous a montrée M. le Dr Hartmann, chirurgien des hôpitaux. C'est sur ses conseils que nous avons entrepris ce travail et c'est bien certainement à lui qu'en revient tout le mérite.

CHAPITRE PREMIER

Anciens modes de traitement.

A. — PROCÉDÉS NON SANGLANTS.

Traitement médical. — Depuis que Morgagni avait établi que les rétrécissements du rectum pouvaient être dûs à la syphilis, la médication antisyphilitique fut mise en œuvre contre cette affection. Mais ce traitement, sur lequel on fonda tout d'abord beaucoup d'espoir, ne répondit pas à cette attente. Si la littérature enregistre quelques cas, améliorés par les spécifiques à une période jeune de l'évolution du rétrécissement (1), tous les auteurs sont d'accord que jamais un rétrécissement syphilitique confirmé (les seuls qui nous intéressent dans ce travail) « n'a été guéri par le mercure ou l'iodure, non plus que par les deux remèdes associés » (Fournier). Tout en conseillant l'administration des spécifiques, « comme essai et pour ne rien négliger », M. Fournier recommande de « ne pas trop insister sur l'emploi des spécifiques et de ne pas subordonner à une thérapeutique illusoire les méthodes qui peuvent être d'un secours utile au malade, les méthodes chirurgicales. »

Dilatation lente. — Lorsqu'on a affaire à un rétrécissement, quel que soit son siège ou sa nature, la première idée qui vient à l'esprit, c'est de le dilater. Un des premiers qui appliquèrent cette méthode aux rétrécissements du rectum fut Desault. Il se servait comme moyen dilatant de mèches enduites

1. 2 cas dûs à M. Fournier, 1 à M. Guérin, 2 à Godebert, 2 à Trélat et 1 tout récent à M. Verneuil.

d'onguent mercuriel. Les nombreux instruments, que les chirurgiens ont inventé pour pratiquer la dilatation, n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. De nos jours on ne se sert plus généralement que de bougies, soit en caoutchouc durci, soit en métal. En consultant les nombreuses observations et les auteurs qui traitent cette question, on ne trouve pas un seul cas de guérison due à cette méthode. Il est certain qu'elle donne des améliorations passagères, quand elle est bien supportée, mais le rétrécissement se reproduit dès qu'elle est supprimée ; et il faut sans cesse continuer la dilatation, témoin la malade de Després qui se traitait depuis 14 ans. Ce n'est donc qu'une méthode palliative, utile quelquefois comme accessoire dans les interventions sanglantes, capable dans certains cas de soulager les malades, mais incapable de les guérir. D'autant plus que la plupart du temps les garde-robes continuent à être douloureuses, la suppuration rectale persiste, l'amaigrissement et la déchéance des malades augmentent. Costallat, qui était pourtant un fervent partisan de cette méthode, avoue que « les cas de guérison sont si rares qu'on serait peut-être bien embarrassé pour en citer de bien authentiques. » Allingham, Verneuil, Trélat, sont unanimes à déclarer, que quoique par ce traitement ils aient pu améliorer le sort d'un grand nombre d'individus, ils n'ont jamais eu le bonheur d'en voir guérir un seul. Crédé, parmi les modernes, persiste seul à préférer la dilatation lente à toute autre méthode de traitement et attribue les succès qu'il aurait obtenus à sa manière d'agir qu'il décrit longuement dans un article, publié dans les « *Arch. f. Klin. Chirurgie* », 1892, XLIII, 175-284. Mais comme il ne rapporte pas d'observations nous ne pouvons pas nous prononcer sur la valeur de sa méthode.

Il faut encore ajouter que la dilatation lente ne peut pas être pratiquée dans les cas où des fissures à l'anus accompagnent le rétrécissement. La contracture spasmodique du sphincter, qui se resserre sur le corps étranger qui le distend, cause des souffrances atroces aux malades et fait rejeter ce mode de traitement. Quoique sagement conduite la dilatation lente soit sans danger, les auteurs ont pourtant signalé un certain nombre d'accidents causés par elle. Sauri rapporte le cas d'une femme chez laquelle la dilatation provoquait des crises hystériques. Blondeau a observé plusieurs fois la rétention d'urine. Enfin, si l'on se rappelle que la simple exploration avec le doigt ou avec une bougie pratiquée par des chirurgiens les plus habiles (Le Dentu, Lannelongue, Trélat), a pu provoquer dans quelques cas des accidents mortels (perforation intestinale ou ouverture d'un abcès périrectal dans le péritoine), on comprendra avec quelles précautions il faut user de cette méthode.

Dilatation brusque. — Nous serons très bref sur la dilatation brusque ou forcée qui est aujourd'hui à juste raison repoussée par tous les chirurgiens. Préconisée en Angleterre par Astley Cooper, elle eut un moment de vogue à cause de sa rapidité d'exécution et du soulagement immédiat qu'elle procure aux malades. Elle peut être faite au moyen de deux pouces introduits dans le rectum, si le rétrécissement est peu serré et siège bas. Dans le cas contraire, il faut recourir à l'emploi des dilateurs divers (Demarquay, Nélaton), ou du spéculum bivalve.

Si les effets de la divulsion sur le rétrécissement sont rapides dans ce sens que le cours des matières est brusquement rétabli et le soulagement immédiat, ses effets ultérieurs sont déplorables : le tissu cicatriciel qui succède à la déchirure, amène une réci-

dive prompte, et même une aggravation du rétrécissement. Dans un cas cité dans la thèse de Pinguet (Obs. I), le rétrécissement a récidivé au bout de 14 jours. D'autre part, si l'on se rappelle la friabilité des parois rectales au niveau du rétrécissement et l'état des tissus périrectaux infiltrés de pus, on comprendra facilement combien cette opération aveugle peut être dangereuse. Chassaignac, Verneuil, Le Dentu, Trélat, ont eu à enregistrer des désastres causés par elle. En rapportant à la Société de Chirurgie en 1872 un cas pareil, Trélat fait suivre sa communication de la phrase suivante qui se passe de commentaires : « Je ne ferai plus jamais la dilatation brusque dans aucun cas de rétrécissement du rectum ».

B. — PROCÉDÉS SANGLANTS.

Rectotomie interne. — Ce procédé, le plus ancien des procédés sanglants, consiste à pratiquer des débridements uniques ou multiples avec le bistouri boutonné ou des instruments spéciaux, dont le dernier en date est le rectotome de M. Tillaux. Quant aux résultats curatifs de la rectotomie interne, la récurrence prompte est notée dans toutes les observations (thèses de Sirot et de Tison). C'est plutôt une méthode adjuvante de la dilatation lente, aux inconvénients de laquelle elle ajoute encore les dangers suivants. Une fois le débridement pratiqué, il faut tenir les lèvres de la section écartées pour en empêcher la réunion immédiate et par conséquent il faut introduire des corps dilatants volumineux, qui provoquent des douleurs atroces par contracture spasmodique du sphincter anal. En outre, l'intégrité du sphincter peut être la cause d'accidents septiques graves par rétention des matières fécales, qui se trouvent pressées constamment contre la solution de

continuité faite aux parois rectales, leur ouverture de sortie étant obstruée et les contractions intestinales s'exerçant sans cesse contre elles. Dans d'autres cas la péritonite peut même résulter d'une lésion directe du péritoine, car souvent on ne peut calculer à quelle profondeur portera l'incision. Aussi les exemples d'accidents mortels ne manquent pas. Liouville a rapporté en 1867 un cas de mort par infection purulente. Dans le cas de Blanchez (Soc. Anat. 1857) la mort était le résultat d'une péritonite circonscrite. Cette méthode est presque complètement délaissée aujourd'hui.

Rectotomie externe. — La rectotomie externe telle que l'a préconisée M. Panas consiste en une section de toutes les parties molles sous-jacentes au rétrécissement entre le rectum, l'anus et le coccyx, de manière à former un large canal infundibuliforme, dont le sommet correspond au rétrécissement. Ce dernier est alors débridé, « creusé » en arrière et une canule de deux centimètres de diamètre y est introduite et laissée le plus longtemps possible. Par cette incision à ciel ouvert on évite donc les inconvénients et les dangers dus à la conservation du sphincter, en même temps que l'hémorrhagie, à laquelle ce procédé expose, devient plus facile à arrêter, quoique la ligature n'est pas toujours commode dans les tissus indurés. Mais ce procédé, comme le précédent, demeure inefficace sans la dilatation consécutive; il expose également à des inoculations septiques par le fait du contact des matières fécales avec les tissus divisés; enfin il est suivi d'incontinence des matières fécales qui suit fatalement la section du sphincter. Il est vrai que cette incontinence n'est, en général, que momentanée. Cette méthode, délaissée de nos jours, ne fut pratiquée qu'un petit nombre de fois et a donné d'après Tison les résultats suivants: sur deux malades

de Stafford un est mort trois semaines après l'opération d'un érysipèle de la face, l'autre aurait guéri. La malade de Nélaton a eu une récurrence prompte et est morte de cachexie au bout de 18 mois. De deux malades de M. Panas, l'une est morte au bout de deux mois (*diarrhée, phlegmatia alba dolens*), chez l'autre la guérison se maintenait encore au bout de 18 mois.

La rectotomie externe a été avantageusement remplacée, de l'aveu de M. Panas lui-même, par la rectotomie linéaire, à l'étude de laquelle nous passerons maintenant.

Rectotomie linéaire. — Presque en même temps que M. Panas, M. Verneuil faisait connaître dans un mémoire, présenté à la Société de chirurgie, un procédé de rectotomie à ciel ouvert, qu'il a appelé rectotomie linéaire et qu'il pratiquait depuis 1863. Ce procédé pratiqué à l'aide de l'écraseur linéaire diffère de celui de M. Panas en ce que la section comprend le rétrécissement lui-même dans toute son épaisseur et dans toute sa hauteur et qu'elle dépasse même de quelques millimètres sa limite supérieure.

La conduite de M. Verneuil est différente dans les cas des rétrécissements avec fistules ou sans fistules. Dans le premier cas, M. Verneuil utilise pour passer la chaîne de l'écraseur l'un des trajets fistuleux les plus rapprochés de la ligne médiane postérieure, à condition que ce trajet débouche au-dessus du rétrécissement. Par ce canal il conduit un stylet qui est ramené vers l'anus au moyen de l'index introduit dans le rectum. Le stylet sert de guide à la chaîne de l'écraseur à l'aide de laquelle on sectionne verticalement les parois rectales en comprenant dans la division toute la hauteur du rétrécissement et même une partie de muqueuse saine sus-jacente, si cela est possible. Ceci fait, M. Verneuil débride soigneusement toutes les autres

fistules, clapiers ou décollements qui peuvent exister. Mais lorsque toutes les fistules sont inférieures à la stricture, M. Verneuil prolonge artificiellement le trajet de la fistule la plus voisine de la ligne postérieure à l'aide d'une forte aiguille porte-fil qu'il conduit par le trajet de la fistule et qu'il fait pénétrer à travers les parois rectales au-dessus du point rétréci. L'index introduit dans le rectum ramène vers l'anus, comme dans le premier cas, le fil entraînant à sa suite la chaîne de l'écraseur. Dans les cas où il n'y a pas de fistules M. Verneuil crée une voie artificielle de la façon suivante : l'index gauche étant introduit dans le rectum jusqu'au-dessus du rétrécissement, on enfonce un trocart à travers la peau, à 2 centimètres environ de la pointe du coccyx sur la ligne médiane et l'on vient perforer le rectum sur la pulpe de l'index. On retire le trocart, on fait glisser dans la canule une bougie fine et, après avoir enlevé la canule, on fixe la chaîne de l'écraseur à la bougie qu'on fait ressortir par l'anus.

M. Trélat introduisait un trocart courbe dans le rectum et par un mouvement de rotation il faisait sortir la pointe au niveau du coccyx, procédant ainsi à l'inverse de M. Verneuil.

Plus tard M. Verneuil remplaça l'écraseur linéaire par le thermocautère. En même temps il modifia un peu son procédé. Le malade étant anesthésié et couché sur le côté droit, il taille un lambeau triangulaire ayant sa base, large de 6 centimètres environ, au coccyx et sa pointe à l'anus. En libérant le lambeau, on dégage la face postérieure du rectum. Si la voie est large, on ne fera pas la résection du coccyx, dans le cas contraire on n'aurait qu'à prolonger les incisions latérales. On introduit alors, en perforant le rectum de dehors en dedans, une longue et forte sonde cannelée que l'on fait ressortir par l'anus et

sur laquelle on coupe lentement les tissus au thermocautère.

Pendant près de vingt ans la rectotomie fut considérée comme la méthode de choix du traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum. Plusieurs chirurgiens ont encore recours à elle même aujourd'hui. Et, en effet, elle constitue un progrès considérable sur les méthodes qui l'ont précédée. L'opération se pratique à ciel ouvert, et le chirurgien voit exactement ce qu'il fait; pas de crainte d'hémorrhagie, avantage très important dans une région aussi vasculaire que le rectum et surtout lorsqu'on opère des malades déjà très affaiblis, comme le sont le plus souvent les rétrécis, qui se décident à subir une opération. Enfin, l'emploi du thermocautère diminue les chances d'infection, en modifiant les surfaces cruentées dont il restreint beaucoup le pouvoir absorbant.

Voyons quels sont les résultats obtenus. Les malades éprouvent un soulagement immédiat; les douleurs atroces, qui les tourmentaient auparavant, cessent, aussi leur état général devient meilleur et ils recouvrent en grande partie la santé, au moins pour un certain temps. Mais l'écoulement mucopurulent persiste dans la majorité des cas avec la même abondance qu'avant l'opération. D'autant plus, que la partie supérieure de la plaie en se cicatrisant forme souvent une espèce d'éperon, au-dessus duquel le rectum se dilate, s'il ne l'était pas avant; les matières fécales y stagnent et entretiennent la suppuration (Ricard). L'incontinence des matières fécales, qui suit forcément cette opération, peut se prolonger pendant des mois et devenir une véritable infirmité pour les malades. « Jamais on ne peut faire espérer au malade qu'il récupérera entièrement la facilité de garder ses matières (Duplay). » Il faut en outre considérer que la

guérison complète de la plaie opératoire est difficile à obtenir. Presque toujours il persiste une fissure d'une étendue variable, quelquefois une véritable fente verticale, qui ne peut guérir étant donné son siège dans une région constamment souillée. D'autre part la rectotomie linéaire, pas plus que les autres méthodes précédentes, ne peut prévenir la récurrence du mal : le rétrécissement, simplement incisé et non enlevé, récidivera forcément au bout d'un temps plus ou moins long, quelquefois même très court, 19 jours dans un cas de M. Le Dentu. Enfin des cas de mort, occasionnée par l'opération, se rencontrent de temps en temps, quand on lit les observations.

Nous avons réuni 32 cas de rectotomie linéaire postérieure pour rétrécissement syphilitique. Voici le résumé très succinct des résultats obtenus.

1, VERNEUIL, *Bull. Soc. Chir.*, 1872, p. 447 et suiv. Obs. I, a été revue au bout de 9 ans ; guérison complète, fonctions rectales entièrement rétablies.

2, *id.*, *ibid.* Obs. II, revu deux ans après ; guérison, affirme être débarrassé de sa maladie.

3, *id.*, *ibid.* Obs. III, a été perdu de vue.

4, *id.*, *ibid.* Obs. IV, revue six ans après ; récurrence, souffre depuis un an ; suppuration persiste, ainsi qu'incontinence.

5, *id.*, *ibid.* Obs. V, morte de phtisie quatre ans après ; au toucher pratiqué peu avant la mort rétrécissement reconnaissable, mais admet deux doigts.

6, *id.*, *ibid.* Obs. VI, revu au bout de un an ; récurrence, bride très appréciable au niveau de l'obstacle ; défécation sans difficulté.

7, *id.*, *ibid.* Obs. VII et Tison, Th. de Paris, 1877. Obs. IX, une première rectotomie en province, récurrence ; opéré alors par M. Verneuil trois ans après ; récurrence constatée également trois ans après, suppuration persiste, état général mauvais.

8, *id.* CEROU, Th. Par., 1875. Obs. IX, mort d'érysipèle de la plaie huit jours après l'opération.

9, *id.*, *ibid.* Obs. X, récurrence au bout de un an.

10, *id.*, *ibid.* Obs. XI, récédive au bout de huit mois, douleurs, selles sanguinolentes, matières aplaties, etc.

11, *id.*, *ibid.* Obs. XII, récédive complète au bout de cinq mois, tuberculisation rapide.

12, *id.*, *ibid.* Obs. XIV, perdu de vue.

13, *id.* TISON, Th. de Paris, 1877. Obs. I, perdue de vue.

14, *id.*, *ibid.* Obs. II, récédive légère cinq mois après l'opération, toucher douloureux, induration au niveau du rétrécissement, écoulement purulent après fatigue.

15, *id.*, *ibid.* Obs. XI, récédive légère au bout de quatre ans, coarctation anale laisse passer l'index, pas d'induration au-dessus.

16, *id.* ALBESCO, Th. de Paris, 1888. Obs. II, incontinence disparaît 1 mois $1/2$ après l'opération, continue à se dilater, n'a plus été revu.

17, *id.*, *ibid.* Obs. IX, mort par cachexie 1 an $1/2$ plus tard.

18, *id.* J. de méd. et chir. prat., 1878, p. 902, récédive.

19, *id.* in-leçon clin. de M. Duplay, Sem. méd., 1892, p. 461, récédive au bout de deux ans; pas d'amélioration, incontinence des matières, M. Duplay est obligé de faire un anus iliaque (V. notre obs. XXXIII).

20, *id.* Soc. Chir., 1891, in commun. de M. Quénu (V. notre obs. II), récédive au bout de 15 mois, écoulement très abondant persiste toujours.

21, GOSSELIN, TISON, Th. Obs. IV, récédive complète quatre mois après, suppuration aussi abondante qu'auparavant, état général mauvais, amaigrissement, phtisie commençante.

22, TRÉLAT, Soc. Anat., 1877, p. 356, mort d'érysipèle de la face.

23, LE DENTU, CARRÉ, Th. de Paris, 1893. Obs. XXIII, récédive complète 19 jours après l'opération.

24, *id.*, *ibid.* Obs. XXX, récédive au bout de quatre ans, lésions remontent très haut dans l'S iliaque.

25, TILLAUX, TISON, loc. cit., obs. VII, mort par cachexie au bout de 5 mois.

26, TERRILLON, JACQUINOT, Th. de Paris, 1890, obs. III, mort par cachexie au bout de 1 an.

27, KIRMISSON, Soc. Anat., 1887, p. 504, mort d'érysipèle de la plaie au bout de 35 jours.

28, NÉLATON, JACQUINOT, loc. cit., obs. XVII, récédive au bout de un an, on est obligé de pratiquer la colotomie iliaque.

29, TERRIER, notre obs. I, récurrence constatée au bout de 7 ans, garde-robes régulières et indolentes.

30, VAN HOOK, v. obs. XXVIII, récurrence 18 mois après la rectotomie.

31, PONCET, obs. XV, récurrence au bout de 1 an 1/2, suppuration n'a jamais cessé.

32, KIRMISSON, obs. VI, récurrence constatée au bout de 10 ans(?), suppuration a toujours continué.

Ainsi donc sur 32 cas de rectotomie linéaire postérieure, nous avons à enregistrer 2 cas de mort par érysipèle de la plaie. Dans un cas le malade est enlevé par un érysipèle de la face. Quatre malades ont succombé au bout d'un temps plus ou moins long après l'opération et variant de 5 mois à 4 ans, soit de cachexie, soit de phtisie. Le n° 11 a eu probablement le même sort : son mal a récidivé d'une manière complète, en même temps on a constaté une tuberculose à marche rapide. 21 fois le rétrécissement a récidivé d'une manière plus ou moins complète et plus ou moins prompte : une fois au bout de 19 jours, 5 fois dans l'année même qui a suivi l'opération, 3 fois au bout de 1 an, 1 fois au bout de 15 mois, 2 fois au bout de 18 mois, 2 fois au bout de 2 ans, 1 fois au bout de 3 ans, 3 fois au bout de 4 ans, 1 fois au bout de 5 ans, une fois au bout de 7 ans, une fois au bout de 10 ans. Les récurrences surviennent donc plus fréquemment (13 fois), dans l'année même ou dans les 2 premières années qui suivent l'opération. Quant aux récurrences, survenant relativement longtemps après la rectotomie, 3, 4, 5, 7, 10 ans après, il faut savoir que la récurrence existait là déjà depuis longtemps avant d'être constatée par le chirurgien, soit que les symptômes fussent peu prononcés au début, soit que les malades eussent reculé devant une seconde intervention qu'ils prévoyaient nécessaire. Ainsi chez le malade n° 26 de notre tableau la récurrence était faite certai-

nement longtemps avant que nous l'ayions revu. Voici en peu de mots dans quel état nous l'avons retrouvé 7 ans après l'opération.

OBSERVATION I (inédite).

Recueillie dans le service de M. le professeur Terrier.

Charles N..., 37 ans. Rétrécissement du rectum. Rectotomie postérieure le 17 avril 1887, par M. le professeur Terrier.

Nous revoyons le malade le 4 mars 1894, à l'hôpital Bichat, où il se présente sur notre demande. Deux garde-robes par jour, toutes deux rubannées et indolentes. L'écoulement par l'anus n'a jamais cessé et oblige le malade de se garnir et de prendre des soins méticuleux de propreté.

A l'examen de l'anus, on constate sur la marge de l'anus, à droite, se prolongeant jusque sur la partie latérale du raphé périnéal, des productions condylomateuses en forme de crête de coq un peu épaisse, offrant une teinte rose mélangée de pigment brun. En dépliant la région, on voit que sur la face interne de ces productions existe une ulcération à bords nettement découpés, entourée d'une peau, qui par son aspect mince, lisse et blanchâtre, rappelle un épiderme cicatriciel. Sur la ligne médiane postérieure, on trouve une cicatrice, vestige de la rectotomie ancienne. Sur la marge à gauche les plis sont un peu épaissis et à la partie la plus externe présentent des lésions en quelque sorte de début des condylomes. Le fond même du canal anal est ulcéré. Ces ulcérations se continuent avec celles décrites à la partie interne des productions condylomateuses. Les bourgeons qui les tapissent sont peu volumineux, grisâtres, non saignants, donnant une sécrétion séro-purulente. Au toucher l'index ne peut pas franchir le rétrécissement qui occupe le canal anal. L'extrémité du petit doigt s'engage, mais dès que l'ongle s'est engagé dans le rétrécissement, il ne peut pas aller plus loin, étant serré par un anneau dur et inextensible.

On voit donc de ce qui précède que la récurrence était ici déjà ancienne, s'était produite longtemps avant que nous avons pu examiner le malade.

Ajoutons qu'au mois de mai 1894, il a dû subir une seconde rectotomie pratiquée par M. Hartmann.

Revenons à l'étude du tableau. Quatre malades

sont perdus de vue peu de temps après l'opération, la guérison se maintient seulement chez deux malades, revus un au bout de deux ans et l'autre au bout de neuf ans. Dans trois cas le progrès des lésions était tellement considérable et l'état des malades si mauvais, qu'on a été obligé de pratiquer un anus contre nature. La suppuration persiste chez tous les malades quelquefois si abondante qu'ils sont obligés de se panser deux ou trois fois par jour. Chez plusieurs malades l'incontinence des matières fécales persiste depuis l'opération.

Résultats, en somme, tristes, peu encourageants et qui justifient complètement le pronostic grave d'Allingham que nous avons rapporté plus haut. Faut-il pour cela conclure que la rectotomie postérieure doit être complètement abandonnée dans le traitement des rétrécissements du rectum? Comme nous le verrons plus loin, il y a des cas, où l'extirpation est contre-indiquée à cause de l'étendue des lésions, de l'état du périnée, criblé de fistules en pomme d'arrosoir, à cause du mauvais état général du malade. Dans ces cas, la rectotomie nous paraît indiquée, si le malade refuse l'établissement d'un anus artificiel.

Rectotomie autoplastique. — Frappé des inconvénients de la rectotomie postérieure, de la difficulté d'obtenir une cicatrisation rapide de la plaie constamment souillée par les matières fécales et de la rapidité avec laquelle survient la récurrence, M. Péan « a pensé qu'il y avait intérêt à améliorer, en la complétant, l'ancienne rectotomie, de façon à supprimer, par une véritable autoplastie pratiquée au cours même de l'opération, la plaie résultant de l'incision en arrière du rectum; par cette autoplastie, ainsi que nous allons le voir, j'obtiens du même coup que l'élargissement du point rétréci se fasse non pas par une plaie cruentée, susceptible de se

rétrécir, mais au moyen d'une plaie recouverte de muqueuse, et à ce titre, capable de conserver indéfiniment ses dimensions premières ou à peu près» (*Bull. méd.*, 1889).

Voici comment il procède. Le malade étant anesthésié et placé dans la position de la taille, on relève par un écarteur la partie antérieure du rectum. Puis, un doigt étant introduit dans le rectum, on incise d'un seul coup sur la ligne médiane postérieure le rectum, la peau de la région ano-coccygienne et les tissus interposés. Au rectum l'incision doit intéresser les tuniques intestinales sous-jacentes au rétrécissement (y compris le sphincter anal), le rétrécissement et la portion de l'intestin sus-jacente au rétrécissement, dans une hauteur de 2 à 3 centimètres. La longueur de la plaie cutanée doit être sensiblement égale à la longueur de la plaie de la muqueuse. Ceci fait et après avoir arrêté par la pression le sang, d'ailleurs peu abondant, qui s'écoule de la plaie, on saisit avec une pince sur le point culminant de l'incision rectale les tuniques de l'intestin, on les abaisse et on les traverse avec une aiguille munie d'un crin de Florence. Cette même aiguille traverse en même temps l'angle cutané de la plaie. L'abaissement est généralement facile et on arrive sans difficulté à mettre en contact les deux parties saisies dans l'anse du fil.

Dans les rétrécissements anciens, où le rectum a contracté des adhérences avec les tissus voisins, il faut par une dissection minutieuse l'isoler sur une hauteur assez étendue pour que l'affrontement du rectum et de la peau se fasse sans tiraillements.

L'angle de l'incision rectale étant abaissé jusqu'à l'angle de l'incision cutanée, on constate que du même coup les bords de l'incision muqueuse se trouvent rapprochés au contact des bords correspondants de l'incision cutanée. Quelques points de

suture maintiennent d'une façon définitive ce contact.

La surface cruentée a donc disparu et l'orifice anal est remplacé par un vaste entonnoir dont les parois sont fournies par la muqueuse rectale. Ainsi les chances d'infection par les matières fécales sont diminuées. De même la présence d'une muqueuse normale à la partie postérieure diminue les chances de récurrence. Mais peut-on espérer une guérison définitive par cette méthode? Evidemment non, ou du moins c'est peu probable. Le tissu induré persiste sur une grande partie de la circonférence de l'intestin et il est à présumer qu'au bout d'un certain temps l'obstacle se reproduira.

Cette opération n'a été du reste appliquée jusqu'aujourd'hui qu'un petit nombre de fois. Jacquinet cite dans sa thèse, inspirée par M. Péan, seulement 4 cas à l'appui de ses conclusions. Voici les résultats obtenus dans ces cas.

1, JACQUINET, *loc. cit.*, obs. X. Résultat de 3 mois : selles régulières et indolentes ; pas d'écoulement purulent, incontinence incomplète pour les gaz ; toucher rectal non douloureux, révèle toujours en avant des végétations de la rectite proliférante. La malade a augmenté de poids, repris du teint et des forces.

2, *ibid.*, obs. XI. Résultat de 10 jours : La malade garde ses matières et ne souffre que très peu pour aller à la selle.

3, *ibid.*, obs. XII. Résultat d'un mois : pas d'incontinence des matières, les gaz passent involontairement.

4, *ibid.*, obs. XIII. Résultat de 15 jours : la malade perd les gaz et les matières.

En présence du nombre très restreint d'observations et des résultats trop récents, nous ne pouvons rien dire de plus de cette opération, d'autant plus qu'aujourd'hui, l'extirpation du segment rétréci du rectum étant entrée dans la pratique chirurgicale, la rectotomie autoplastique n'est que très rarement indiquée.

CHAPITRE II.

Extirpation.

Depuis quelques années le traitement des rétrécissements du rectum est entré dans une nouvelle voie. Le mot « nouvelle » n'est pas tout à fait exact, car l'extirpation du rectum était pratiquée très rarement, il est vrai, avant notre époque. Mais à cause des résultats défavorables elle fut bientôt abandonnée et condamnée, comme « barbare ». Il faut arriver jusqu'à l'époque contemporaine pour la voir être reprise, avec succès cette fois, grâce aux progrès réalisés par la chirurgie, grâce aux méthodes actuelles d'antisepsie et grâce au perfectionnement de la technique opératoire.

Notre maître le professeur Terrier pratiqua le premier à Paris l'extirpation d'un rétrécissement le 2 juin 1889. Il fut bientôt suivi dans cette voie par ses élèves Richelot, Quénu, Hartmann et d'autres chirurgiens. Depuis les interventions de ce genre se sont multipliées, de sorte qu'aujourd'hui nous croyons possible de faire le bilan de cette méthode et de voir si elle a réalisé les espérances des chirurgiens.

Grâce à l'obligeance de nos maîtres, nous avons pu réunir un certain nombre d'observations inédites et nous procurer des renseignements inédits et ultérieurs sur les malades, dont les observations ont été déjà publiées antérieurement. Nous y avons ajouté un résumé sommaire des cas publiés tant en France qu'à l'étranger, de telle sorte que dans notre travail se trouvent réunis à peu près tous les cas d'extirpation du rectum appliquée aux rétrécissements dits syphilitiques de cet organe.

Les procédés opératoires, employés dans les observations que nous rapportons plus loin, peuvent être groupés en trois catégories.

A. — *Procédé de Kraske plus ou moins modifié.*
— La méthode de Kraske, ayant fait le sujet de nombreux travaux récents, entre autres de la thèse récente de Morestin, nous nous contenterons de décrire en quelques mots la conduite suivie dans ceux de nos cas où cette méthode fut appliquée. Le malade est placé dans le décubitus latéral droit, le membre inférieur de ce côté en extension complète et la cuisse gauche fléchie sur le bassin. Une incision médiane est alors faite jusqu'à l'os partant de l'anūs jusqu'au milieu du sacrum. Le coccyx est dénudé et réséqué. Si la lumière est suffisante on ne résèque pas le sacrum (opération de Kraske incomplète, Richelot). Si la brèche n'est pas suffisante, on résèque une portion de l'aile gauche du sacrum, en ayant soin de ne pas dépasser une certaine limite (le troisième trou sacré). Le rectum est alors à jour sur l'étendue nécessaire. On le dissèque attentivement, en le séparant avec le plus grand soin des parties voisines. La portion à enlever est ensuite comprise entre deux sections transversales. Le segment supérieur est abaissé et invaginé dans le segment inférieur et fixé à la peau de la marge de l'anūs par des crins de Florence (procédé d'Hochenegg). Suture de la plaie cutanée au crin de Florence, introduction d'un drain dans l'anūs, pansement antiseptique avec la gaze iodoformée. Au bout de quelques jours, les fils ont coupé les tuniques du rectum qui remonte spontanément sans cependant glisser trop haut, les adhérences qui se sont établies pendant la durée de sa fixation suffisant à le maintenir dans une bonne situation.

B. — *Procédé périnéal.* — On fait une incision circulaire périnéale à quelques millimètres en

dehors de l'orifice anal. Pour se donner plus de jour, on peut prolonger cette incision en arrière, suivant la ligne ano-coccygienne, plus ou moins haut vers l'anus suivant les lésions. M. Ricard préfère dans quelques cas une incision parasacrée gauche. Ceci fait, on dissèque soigneusement le rectum, en se guidant sur l'index gauche introduit dans le rectum et en déchirant les connexions avec un instrument mousse, ou mieux avec le doigt. Le rectum dénudé dans la hauteur voulue est attiré en bas, fendu longitudinalement sur sa face postérieure pour permettre au chirurgien l'examen de la muqueuse, sectionné transversalement au-dessus de la partie malade à petits coups successifs et suturé au fur et à mesure à la peau de la marge de l'anus.

S'il existe des fistules ou des clapiers périrectaux, on les nettoiera pendant l'opération aussi soigneusement que possible.

Drain dans l'anus, pansement antiseptique.

C. — *Ablation du rétrécissement par les voies naturelles* (procédé de Hartmann). « Ce procédé comprend trois temps principaux :

PREMIER TEMPS. — *Dilatation de l'anus*. — Ce temps ne présente rien de particulier. Nous croyons cependant que la dilatation méthodique de l'anus, faite avec le spéculum de Nicaise, est supérieure à la dilatation faite avec les doigts, car elle permet, en maintenant ensuite les valves du spéculum écartées, de bien voir le rétrécissement.

DEUXIÈME TEMPS. — *Abaissement et isolement du rétrécissement*. — Le rétrécissement ayant été saisi avec des pinces à traction identiques à celles qu'on emploie pour fixer et attirer l'utérus, on abaisse le rétrécissement et l'on sectionne circulairement le rectum autour de lui, comme la muqueuse vaginale autour du col dans l'hystérectomie vaginale. Rien de plus facile alors que de décoller les parties voi-

sines du rétrécissement, ce qui permet d'augmenter l'abaissement au fur et à mesure qu'on avance dans la libération. Cet abaissement, en l'absence d'adhérences inflammatoires périrectales, est facile.

TROISIÈME TEMPS. — *Section du rectum et fixation à la peau du bout supérieur invaginé.* — Au moment de la section de la paroi rectale au-dessus du rétrécissement, il faut, au niveau des points qui donnent du sang, pincer toute la paroi rectale, ce qui permet à la fois d'assurer l'hémostase et d'empêcher le bout supérieur de remonter. A l'aide de quelques points de suture comprenant dans leur anse la paroi rectale et noués sur la peau de la marge de l'anus, que l'aiguille charge au passage, on maintient le bout supérieur abaissé, et l'on oblitère les vaisseaux » (Hartmann, Congrès de chirurgie, Paris, 1893).

A côté de ces procédés on pourrait, croyons-nous, conseiller de recourir dans quelques cas à la voie ischio-rectale, qui n'a jamais été employée à notre connaissance dans les cas des rétrécissements, mais que nous avons vu suivre avec succès par M. Hartmann dans un cas d'épithélioma.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que l'opération doit être pratiquée avec les soins antiseptiques les plus grands. Quant à l'antisepsie intestinale et à celle du rectum en particulier, constituant une des parties les plus importantes des périodes pré et post-opératoires, nous renvoyons à l'article de Baudoin (*Progrès méd*, 1890), et au « *Manuel d'antisepsie et d'asepsie* » de notre maître le professeur Terrier.

Le choix du procédé à employer ne nous paraît pas indifférent, quoique M. Richelot pense « que c'est en prenant la voie sacrée qu'on pourra opérer avec plus de précision, enlever tous les tissus malades et reconstituer parfaitement la région anale ».

Par sa rapidité, par sa simplicité et par l'absence

de délabrements qu'il cause, le procédé de M. Hartmann nous semble supérieur aux autres, lorsqu'il est applicable. Il l'est dans tous les cas de sténoses annulaires du rectum, pourvu que ces sténoses soient mobiles et que leur niveau permette de les atteindre et de les abaisser facilement. Dans les cas où ce procédé n'est pas applicable et où l'on a affaire à un rétrécissement étendu, siégeant à quatre ou cinq centimètres de l'anus et au-dessus, l'opération de Kraske complète ou incomplète si la brèche est suffisante (résection du coccyx seulement), nous paraît indiquée.

Enfin les sténoses, atteignant à la fois l'anus et le rectum et s'accompagnant des fistules périnéales, nous semblent justiciables du procédé périnéal. Toutefois nous devons remarquer que M. Richelot, comme nous venons de le voir, de même que M. Delbet préfèrent dans le dernier cas la méthode sacrée.

L'opération est faite par l'un des procédés décrits. Que deviennent les malades? Leur état général s'améliore; ils reprennent de l'appétit et des forces, augmentent de poids, et cette amélioration n'est plus passagère et momentanée, comme après la rectotomie, mais progressive et persistante. Une fois la plaie cicatrisée, la défécation devient facile et indolente, l'obstacle au cours des matières étant enlevé. Tout phénomène de douleur disparaît. Seulement deux de nos malades se plaignaient d'une certaine gêne dans la position assise, gêne, du reste, très supportable. Les fonctions rectales s'accomplissent bien dans la majorité des cas, les malades retiennent parfaitement les matières solides, avec plus de difficulté les matières liquides et les gaz. Le rectum reste large et perméable chez tous nos malades, dont quelques-uns sont revus relativement longtemps après l'opération : trois malades au bout

de 4 ans, un au bout de 3 ans 1/2, deux autres au bout de 2 ans, et quatre au bout de 1 an 1/2. Les tuniques rectales étaient chez tous souples, sauf dans 3 cas où il y avait un léger épaississement des parois, sans tendance pourtant à la récurrence. Dans le seul cas de récurrence (Obs. IV), il s'agissait d'un malade atteint d'un rétrécissement très ancien, datant de plus de 20 ans, et traité auparavant sans succès par la dilatation et la rectotomie. Quoique ce rétrécissement fût considéré comme congénital par notre maître le professeur Terrier, nous avons cru utile de le rapporter à cause justement de la récurrence constatée 4 ans 1/2 plus tard. Les malades pourraient donc actuellement être considérés comme guéris radicalement, n'était-ce la persistance de l'écoulement rectal peu considérable, il est vrai, signalé dans tous les cas, excepté les observations XXI et XXVIII, où il est expressément noté que la suppuration est complètement tarie.

Nous avons jusqu'à présent montré les avantages très réels de l'extirpation. Mais cette méthode présente aussi des accidents et des complications.

1° La mortalité post-opératoire reste encore assez considérable; sur 31 cas d'extirpation nous avons à enregistrer trois cas de mort. Dans le premier cas le chirurgien paraît attribuer la mort survenue quelques heures après l'opération au choc opératoire et à la quantité de chloroforme absorbé, l'opération ayant duré plus de 3 heures. Dans le second cas la diarrhée survenue a rendu impossible tout pansement, et le malade est mort au bout de 12 jours. Le troisième cas a rapport à une malade morte de cachexie quelques mois après l'opération. Mais l'état général de cette malade était mauvais déjà avant l'opération, son rétrécissement datait de loin, puisque 10 ans auparavant elle était rectotomisée par M. Kirrison; il est venu s'y ajouter encore un érysipèle de la plaie.

2° Malgré l'antisepsie rigoureuse, il survient généralement une désunion partielle de la plaie, le plus souvent à sa partie postérieure, à l'occasion de la première selle ou de la diarrhée qui est souvent signalée dans les observations. Cette désunion, exceptionnelle dans l'ablation du rétrécissement par les voies naturelles, est au contraire de règle dans les deux autres procédés, d'où formation d'abcès péri-rectaux et de fistules stercorales. Ces dernières se ferment parfois d'une manière définitive spontanément au bout d'un certain temps; dans d'autres cas elles persistent au contraire, se refermant pendant quelques jours pour s'ouvrir ensuite de nouveau (Obs. XVIII).

Dans le cas de grossesse ultérieure elles peuvent devenir un réel danger pour les malades, témoin la femme dont l'histoire est rapportée dans l'observation XVII et qui est morte d'infection purulente, la fistule stercorale postérieure, qui lui est restée après une opération de Kraske, ayant rendu illusoire l'antisepsie génitale. C'est donc un point sur lequel les chirurgiens devraient porter leur attention et prévenir les femmes du danger qu'elles courent.

3° Quand on a été dans la nécessité de sectionner le sphincter pendant l'opération, il peut arriver que le point sphinctérien lâche, et l'anus ogival est constitué. Cette complication, assez rare, est plus ennuyeuse. Dans le seul cas, noté dans nos observations, trois avivements ont été faits sans succès. Cette malade présente en même temps de la paralysie complète de l'appareil sphinctérien et un prolapsus considérable du rectum.

4° L'incontinence des matières est notée dans un grand nombre d'observations. Dans deux cas, dont un se rapporte à la malade à l'anus ogival, l'incontinence des matières était absolue. Dans deux autres cas les malades ne peuvent résister que pendant

quelques minutes, lorsque le besoin d'aller à la garde-robe se fait sentir.

5° L'écoulement rectal, quoique moins considérable, persiste presque dans tous les cas. Comme nous l'avons vu plus haut il est tari complètement seulement dans deux cas et encore une de ces deux malades n'a été suivie que pendant 9 mois. De séro-purulent ou franchement purulent, qu'il était avant l'opération, l'écoulement devient souvent muqueux après l'intervention. Il est resté sanguinolent, légèrement teinté de rouge, dans deux cas où nous avons constaté des ulcérations de la muqueuse anale et des bourgeons charnus. La persistance de l'écoulement est un indice que le processus de rectite concomitante n'est pas enrayé par l'ablation du rétrécissement et présente, à notre avis, une menace pour l'avenir. Toutefois, en dehors du cas un peu particulier où le rétrécissement a complètement récidivé et dont nous avons déjà parlé plus haut, la menace de récurrence n'est notée que dans les cas d'Hochenegg (Obs. XXVI).

6° Ajoutons que M. Ricard a observé la rétention d'urine pendant les premières 48 heures qui suivirent l'opération. Cet accident ne nous paraît pas devoir être considéré comme spécial à l'extirpation du rectum, puisqu'on peut le rencontrer dans une simple ablation d'hémorroïdes.

7° Enfin dans le cas de M. Jeannel (Obs. XXIV) est survenue une crise intercurrente de manie aiguë, dont la malade a parfaitement guéri.

Nous avons divisé les observations qui suivent en deux groupes. Dans le premier nous plaçons les observations inédites et celles publiées antérieurement, mais que nous avons pu compléter par des renseignements postérieurs à leur date de publication. Dans le second groupe sont rangées les observations déjà publiées et sur lesquelles nous n'avons

pas pu nous procurer des renseignements ultérieurs. Nous rapportons donc ces dernières résumées et nous renvoyons aux articles originaux pour leur texte complet.

A.

OBSERVATION II (inédite).

Rétrécissement du rectum. Ablation du rétrécissement. Grande amélioration. Malade revu 17 mois après l'extirpation. — Due à l'obligeance de M. HARTMANN.

J. M..., 31 ans, dentiste, nous est adressé le 1^{er} mai 1893, par notre ami le D^r Didsbury. Ce malade, qui a toujours joui d'une bonne santé, a eu à 19 ans une première blennorrhagie, à 19 ans et demi il a eu, sans cause connue, un bubon inguinal droit volumineux et n'ayant pas suppuré. A 24 ans deuxième blennorrhagie. Jamais il n'a remarqué d'éruption cutanée, ni de plaques muqueuses. A part l'adénopathie inguinale non suppurée, qu'il a eu à 19 ans 1/2, et une chute temporaire des cheveux, il y a un an et demi, on ne trouve rien qui puisse éveiller l'idée de la syphilis.

Les premiers symptômes du côté du rectum remontent à l'âge de 23 ans, époque où il eut par l'anus des hémorrhagies abondantes, accompagnées de douleurs violentes. A 25 ans, apparurent au pourtour de l'anus de nombreuses végétations présentant un volume notable ; il perdait à ce moment un peu de sang en allant à la garde-robe. Ces végétations furent excisées, cautérisées au nitrate d'argent ; pansement avec de la poudre de calomel. A cette époque on ne fit pas d'examen intrarectal. Le malade se plaignait cependant de souffrir un peu au moment de la défécation et de maculer son linge de taches jaunâtres chaque fois qu'il était constipé, ce qui lui arrivait fréquemment.

A 26 ans et demi, sortant du service militaire et éprouvant toujours quelques troubles du côté du rectum, il se présenta à la consultation de l'hôpital de la Pitié et entra dans le service du professeur Verneuil. Celui-ci pratiquant le toucher rectal constata la présence du rétrécissement et, vu l'épaississement des tissus au voisinage de l'anus, le regarda comme syphilitique. Il lui fit donner de l'iodure de potassium et 10 jours après son entrée pratiqua

une rectotomie. Le malade rentra chez lui bien portant et continua à suivre un traitement ioduré.

Un an après, il y a 4 ans par conséquent, il constata que de nouveau il perdait du sang ; la constipation était fréquente, mais il ne souffrait pas. Bientôt l'écoulement purulent reparut et depuis ce moment il n'a fait qu'augmenter. Parfois le malade avait des inondations par crises des masses purulentes ichoreuses sortant à l'occasion des vents et exhalant une odeur infecte. Depuis un an et demi il existe des signes de rétrécissement avec incontinence partielle des matières. Ses garde-robes sont très fréquentes, mais néanmoins les besoins ne semblent jamais complètement satisfaits. Dans l'intervalle des selles s'écoulent constamment des matières jaunâtres, liquides, qu'il ne peut retenir. L'abdomen devint progressivement douloureux, un peu ballonné, et le malade dut user presque constamment de purgatifs. Depuis des mois il n'a pas rendu une seule fois des matières solides.

11 mai 1893. — Les fesses n'étant pas écartées, on voit à la partie postérieure du sillon interfessier un état papillomateux avec épaissement de la peau. L'orifice anal est caché par une masse du volume d'une noix, elle-même un peu papillomateuse.

En écartant fortement les fesses, on voit que dans la moitié antérieure de la circonférence anale la muqueuse est lisse, saine, laissant voir des bosselures bleuâtres, hémorrhoidaires.

A gauche la marge est occupée par une masse semblant répondre à une hypertrophie des plis de la région avec induration charnue, se limitant en arrière au niveau d'un point où la peau est papillomateuse. A droite on trouve, mais à un moindre degré, un épaissement analogue des plis de la marge. Sur la ligne médiane postérieure existe une sorte d'ulcération plate, un peu suppurante, qui au niveau même de l'orifice anal fait place à un état papillomateux. Ces diverses parties d'apparence papillomateuse sont formées de gros grains arrondis consistants, agglomérés.

Quand on tire sur l'anus de manière à l'entr'ouvrir on voit que la lésion se prolonge dans son intérieur ; la muqueuse ulcérée et végétante y est recouverte d'un exsudat muco-purulent.

Au toucher le doigt pénètre sans difficultés ; il y a diminution dans le calibre de l'extrémité inférieure du rectum, mais ce rétrécissement n'est pas aussi considérable qu'on l'aurait supposé *a priori*. Ce qui domine, c'est une induration inégale des parties avec des dépressions allongées verticalement. Le rectum au lieu de présenter au toucher sa consistance veloutée souple et lisse,

offre une certaine rigidité et une consistance de peau de chagrin très inégale. Le doigt, introduit aussi profondément que possible, n'atteint pas la limite des lésions.

Opération. — Incision circulaire au pourtour de l'anüs avec fente médiane postérieure. Ablation de toutes les parties indurées et rétrécies. Abaissement du bout supérieur et suture de la muqueuse à la peau. La suture a porté sur une muqueuse épaisse, rouge, chroniquement enflammée, mais sans rétrécissement du conduit. Si l'on n'a pas enlevé toutes les parties malades et si l'on s'est borné à dépasser les limites du rétrécissement, cela tient à ce que l'inflammation présentait une extension considérable et qu'on ne pouvait en déterminer les limites.

22 octobre 1894. — Ne souffre absolument pas, mais saigne quelquefois un peu par l'anüs tous les 12 ou 15 jours, quand il est très fatigué et seulement avec les garde-robes. Ne perd pas ses matières. Mais s'il ne satisfait pas ses besoins dans les 4 à 5 minutes, il perd les matières malgré lui. Ordinairement elles sont solides, plus épaisses au milieu, en lames sur les bords. Passe une bougie n° 28 tous les deux jours, commence chaque fois par deux numéros plus bas et laisse près de 5 minutes à demeure la dernière bougie. Il persiste toujours un peu de suintement, ce qui l'oblige à se garnir. L'écoulement n'est pas purulent, mais plutôt muqueux, très légèrement teinté de rose. Il disparaît le lundi lorsqu'il est resté au repos le dimanche. Depuis l'opération, c'est-à-dire un an et demi, il n'a plus les inondations des masses purulentes et ichoreuses qui lui survenaient par crises avant l'opération. Toute la région anale est déformée, occupée par une large fente antéro-postérieure. En avant tissu cicatriciel, en arrière une dépression cutanée. C'est en avant de cette dépression cutanée que se trouve reporté en arrière l'orifice de l'intestin. Celui-ci admet très facilement le doigt aussi loin que celui-ci pénètre et trouve une muqueuse un peu rugueuse, légèrement épaissie et sans induration marquée en aucun point.

OBSERVATION III.

Rétrécissement syphilitique du rectum. Ablation du rétrécissement. Guérison. Malade revue 19 mois après l'extirpation. — Due à l'obligeance de M. HARTMANN.

Madame A. D..., 32 ans, est atteinte d'un rétrécissement du rectum, ayant la forme d'une virole mobile, haute de 3 centimètres, et commençant à 4 centimètres environ de l'anüs.

1^{er} mars 1893. — Ablation du rétrécissement par les voies naturelles.

La température reste normale jusqu'au huitième jour, où le soir d'une purgation elle monte à 38°. Les fils, qui ont en grande partie coupé les tissus, sont enlevés le douzième jour ; le bout supérieur est du reste déjà remonté dans le canal anal. La guérison se fait sans incident et le vingtième jour la malade quitte l'hôpital, allant à la garde-robe sans la moindre douleur, mais rendant encore un peu de pus par l'anus.

Le 2 avril nous la revoyons. Les garde-robes sont restées faciles, indolentes. Il y a encore un peu de pus par l'anus, mais le rectum est largement perméable et le toucher ne permet de constater que quelques petites inégalités sur la paroi antérieure du rectum (Hartmann ; septième congrès de chirurgie, Paris, 1893).

En décembre 1893 le rectum suppure toujours un peu ; il existe à la partie antérieure un peu au-dessus de l'anus une petite bride cicatricielle. Nous conseillons à la malade de passer chaque semaine une bougie d'Hégar.

Le 10 octobre 1894 la malade rend encore un peu de pus par l'anus. Les garde-robes ont toujours lieu normalement, même les liquides. L'anus a sa conformation extérieure normale. Au toucher rectal on trouve toujours la petite bride transversale, constatée l'an dernier, aussi conseillons-nous à la malade de continuer à passer de temps à autre une bougie.

OBSERVATION IV.

Rétrécissement du rectum. Extirpation du rétrécissement. Guérison avec insuffisance des sphincters (TERRIER, Soc. de chir. 1891, p. 147 et suiv.) Malade revu 4 ans 1/2 après l'extirpation. Récidive.

Paul N..., 43 ans, rétrécissement congénital du rectum.

Plusieurs rectotomies antérieures. Extirpation de la partie rétrécie du rectum le 2 juin 1889 par le procédé périnéal : résection du coccyx, section des sphincters.

A sa sortie, le 30 juillet, selles faciles et régulières, il peut retenir ses matières pendant quelques instants ; dans l'intervalle des selles écoulement blanchâtre et filant peu abondant.

4 novembre 1889. — L'écoulement anal a considérablement augmenté. Au toucher rectal on trouve sur la face antérieure du rectum à 5 centimètres de l'orifice externe une sorte de bride cica-

tricielle. A la partie postérieure de l'anus existe une sorte de petit clapier, rempli de bourgeons charnus. Il est incisé et cureté le 10 novembre.

Le 4 juin 1890, un an après l'opération, on note l'état suivant : N..., ne perd pas de matières solides ; toutefois, les sphincters ne fonctionnant pas normalement et l'écoulement continuant toujours, il est obligé de se garnir 2-3 fois par jour avec de l'ouate. Il est obligé de se présenter jusqu'à 5 ou 6 fois à la garde-robe pour vider totalement l'intestin. Les garde-robes sont douloureuses, et ces douleurs se font sentir à la région sacrée. Au toucher rectal : calibre de l'intestin normal, sphincters absolument insuffisants. La muqueuse paraît saine sauf un point où l'on a fait la rectotomie et la résection du coccyx et où elle est encore exulcérée et saigne facilement. C'est probablement cette exulcération qui donne lieu aux douleurs qui suivent la défécation, douleurs, d'ailleurs, assez fugaces (1).

Le malade revient à l'hôpital le 13 décembre 1893, parce que les garde-robes deviennent des plus pénibles. Il ne rend guère que des matières liquides, qu'il ne peut retenir et a de temps à autre de petites crises de rétention avec ballonnement de l'abdomen.

La partie postérieure de l'anus très reportée en arrière, fibreuse, est le siège d'une ulcération qui s'enfonce en forme de rigole en haut et en avant. Là se trouve la terminaison du rectum limitée à sa partie tout antérieure par un pont muco-cutané sain. Le doigt est immédiatement arrêté par le rétrécissement du conduit et ne peut pénétrer.

Le 20 décembre après anesthésie nous incisons le tissu fibreux situé en arrière de l'ulcération et arrivons presque immédiatement sur le coccyx. Le fond même de l'ulcération, reposant sur le tissu fibreux, est fendu à son tour. La partie la plus terminale du rectum est ainsi ouverte comme une sorte de gouttière angulaire tapissée par un tissu rouge, un peu granuleux. Le doigt peut alors pénétrer. Il s'engage dans une sorte de canal à parois sèches et rigides qui va se rétrécissant aussi loin que le doigt peut aller, soit à peu près au niveau du promontoire. Dans ces conditions on ne peut songer ni à une extirpation complète, ni à une rectotomie de toute la portion rétrécie, et comme on n'a pas demandé au

1. Les renseignements qui suivent nous sont donnés par notre maître, M. Hartmann.

malade son consentement pour l'établissement d'un anus iliaque on s'arrête sans aller plus loin. Cette intervention n'est suivie d'aucun accident et le malade quitte l'hôpital le 13 janvier 1894 dans l'état suivant.

Le malade se plaint de perdre toujours ses matières et de sup-purer. Lorsqu'on examine la région anale, on voit qu'il existe dans toute la région interfessière une grande fente limitée en avant par un contour anal intact et dans tout le reste de son étendue par une surface bourgeonnante. Vers le milieu de cette fente se termine le rectum. Une bougie rectale n° 14, introduite dans cet orifice, pénètre à une profondeur de 6 cent. 1/2, mais ne peut s'engager au-delà. Dans tout ce segment inférieur du rectum l'index entre facilement et constate que le canal ne présente pas d'induration manifeste, que sa partie terminale souple laisse pénétrer facilement le doigt, mais qu'au contraire à son extrême limite le doigt s'engage dans une espèce d'entonnoir à parois plus rigides, et une bougie rectale un peu plus fine pénètre à 7 cent. 1/2 et est après arrêtée. Au contraire, une bougie urétrale n° 25 passe avec la plus grande facilité.

Dans ces conditions nous conseillons au malade de chercher à maintenir la perméabilité du rectum, en y passant régulièrement des bougies, et nous lui proposons, comme dernière ressource, un anus iliaque. Nous le revoyons en juillet. Il s'introduit des bougies, mais cette introduction lui semble de plus en plus difficile. Des symptômes de rétention se reproduisent toujours de temps à autre. Nous proposons l'anus iliaque qui est refusé par le malade.

OBSERVATION V (inédite).

Rétrécissement du rectum. Ablation du rétrécissement. Malade revue 9 mois après l'extirpation. — Due à l'obligeance de M. RICHELOT.

La nommée M... Anne, âgée de 25 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis pour des troubles douloureux de la défécation, dont le début paraît remonter à 8 ans, époque à laquelle elle a fait un accouchement. Les garde-robes sont devenues pénibles surtout depuis quelques mois. Depuis trois mois il s'est établi une fistule recto-vaginale débouchant au-dessous du rétrécissement, presque recto-vulvaire.

Au toucher rectal, on trouve un rétrécissement mince, en forme

d'une courte virole, siégeant à peu près au lieu d'élection des rétrécissements fibreux au-dessus du sphincter, plutôt un peu plus haut et paraissant abaissable.

Opération le 24 février 1894. — La cloison recto-vaginale est dédoublée jusqu'au-dessus du rétrécissement; la fistule rectale et la fistule vaginale sont ainsi séparées. J'attire le rectum par le bord antérieur de l'anüs; je coupe transversalement sur la face antérieure du rectum, au-dessus et au-dessous du rétrécissement, et j'enlève aux ciseaux sa demi-virole antérieure, en respectant le sphincter. Mon incision transversale inférieure a passé par la fistule rectale qui disparaît par ce fait. Ensuite avec une pince à traction, introduite par l'anüs, je vais prendre le bout supérieur du rectum, je l'attire vers l'orifice anal et alors *par l'anüs* j'incise au-dessous de la demi-virole postérieure du rétrécissement que j'enlève aux ciseaux. Le rétrécissement est ainsi supprimé en totalité. Alors décollant avec le doigt tout autour du rectum, j'attire le bout supérieur à travers le sphincter et je le soude par des crins de Florence à la section sus-sphinctérienne de la muqueuse anale attirée elle-même au dehors. Donc, reconstitution de tout le cylindre rectal avec respect et intégrité du sphincter. Enfin et alors, section individuelle verticale de la paroi vaginale postérieure, de la fistule au périnée, au devant du rectum reconstitué. Périnéorrhaphie, restitution parfaite de la peau.

Les suites opératoires furent excellentes; guérison parfaite du rétrécissement, mais la fistule recto-vaginale s'est reproduite.

La fistule fut alors de nouveau incisée et nettoyée et quelques jours plus tard, quand la plaie avait bon aspect, on fit la périnéorrhaphie, le 2 mai 1894.

Nous revoyons la malade à son domicile le 19 octobre 1894. Elle va à la garde-robe régulièrement et sans difficulté, retient bien les matières solides, avec plus de difficulté les matières liquides. L'écoulement purulent persiste toujours quoique en quantité beaucoup moindre. La malade se plaint, en outre, d'éprouver une certaine douleur au niveau du sacrum surtout, lorsqu'elle est assise.

Nous apprenons au moment où notre thèse est sous presse, que cette malade est rentrée à Saint-Louis en décembre 1894 avec un état général des plus mauvais; on trouve des lésions tuberculeuses de deux poumons. Sa fistule est guérie, mais l'écoulement rectal persiste. Au toucher on sent une induration cicatri-

cielle qui cède facilement à la dilatation digitale faite sous l'anesthésie par le bromure d'éthyle.

OBSERVATION VI (inédite).

Rétrécissement du rectum. Extirpation par la méthode de Kraske. Cachexie. Mort. — Due à l'obligeance de M. RICHELOT.

Madame Scholastique W..., âgée de 40 ans, concierge, entre à l'hôpital Saint-Louis en 1893.

La malade a depuis 15 ans de la difficulté pour aller à la selle. Les garde-robes sont devenues depuis de plus en plus pénibles; elle restait jusqu'à 15 jours sans aller à la selle. En 1883 elle a été opérée à Saint-Louis par M. Kirmisson qui lui a fait une rectotomie linéaire. Son rétrécissement a récidivé depuis et actuellement on trouve un rétrécissement circulaire, très serré, assez bas, à un centimètre de l'anus et ne laissant pas passer le petit doigt.

L'opération consiste en l'extirpation du segment rétréci par la voie sacrée. Le coccyx seul est réséqué, le sphincter est respecté et le bout supérieur du rectum invaginé dans le bout inférieur (procédé d'Hochenegg).

La plaie de notre malade a suppuré, les lèvres se sont désunies. La malade se cachectisait de plus en plus et au bout de longues semaines retourna mourir chez elle.

Remarque. — A propos de ce cas M. Richelot nous a fait remarquer que cette opération a eu lieu pendant « la semaine funeste ». Un érysipèle fut importé dans le service à cette époque; une malade présenta une angine et seulement quelque temps après elle fit un érysipèle du cuir chevelu. On ne prit garde à l'angine et, quand l'érysipèle se déclara, on avait déjà à déplorer plusieurs suppurations survenues dans le service et dont il était cause.

OBSERVATION VII.

Rétrécissement syphilitique du rectum. Extirpation par le procédé de Kraske. Prolapsus du rectum. Malade revue 4 ans après l'extirpation. — Due à l'obligeance de M. RICHELOT.

Madame D..., 47 ans, malade depuis 15 ans; déjà opérée par Championnière en 1886 pour un rétrécissement du rectum, réopérée le 18 décembre 1890 par M. Richelot.

Opération. — Résection du coccyx. Incision longitudinale et postérieure du rectum, y compris le sphincter. Dissection patiente de tous les tissus indurés ; résection du segment rétréci ; suture du bout supérieur de l'intestin à l'anus avec fermeture de la fente postérieure de l'intestin et reconstitution de l'anus.

Une débâcle, survenue après l'opération, dérange la partie inférieure de la suture. Quelques fils ayant lâché, le sphincter s'ouvre dans la hauteur de 3 centimètres environ ; partout ailleurs la réunion est parfaite. On attend que la débâcle soit bien finie et le 20 janvier on referme l'anneau sphinctérien par quelques points de suture. La malade va quitter Tenon, sans douleurs, fonctionnant à souhait : l'intestin est large et la guérison est acquise (*Soc. de chir.*, 1891, p. 134). Malheureusement, cette prévision ne s'est pas tout à fait réalisée. Le point sphinctérien a lâché et il en est résulté un anus ogival. Trois opérations réparatrices ont été tentées sans succès, la dernière le 24 mars 1892. Voici en quoi elle a consisté. Je me décide (c'est M. Richelot qui parle), à recommencer en grand l'incision de Kraske. L'intestin est entièrement séparé et libéré du tissu cicatriciel, qui l'enveloppe en arrière, puis mobilisé. J'attire la paroi postérieure un peu trop courte jusqu'au niveau de la marge de l'anus, puis je rapproche derrière lui les deux surfaces opposées de la plaie ano-sacrée, et à l'extrémité inférieure de la suture je soude par quelques points la demi-circonférence postérieure abaissée du cylindre intestinal. Cela fait un tout petit anus dans lequel je laisse provisoirement un drain pour les gaz.

Nous revoyons la malade le 20 octobre 1894. Elle va à la selle tous les jours, mais les garde-robes sont très douloureuses ; perd les matières liquides ; se plaint d'un écoulement très abondant et qui l'oblige de se garnir deux, trois fois par jour. Son rétrécissement n'a pas reparu, mais tout l'appareil constricteur du rectum est absolument paralysé. Il existe un prolapsus du rectum assez considérable, formant une masse grosse comme le poing pendant la station debout et la marche et surtout dans les efforts de défécation. Quand le prolapsus est réduit, l'anus est assez large pour qu'on y introduise avec facilité quatre doigts.

OBSERVATION VIII (inédite).

Rétrécissement syphilitique du rectum. Extirpation. Guérison. Malade revue vingt-huit mois après l'extirpation. — Due à l'obligeance de M. Quénu.

M^{me} R..., 38 ans. Le début remonte à deux ans, selles douloureuses depuis six mois. A l'examen on trouve un rétrécissement siégeant à 6 centimètres de l'anus. Le petit doigt s'y engage seulement et permet de reconnaître qu'au-dessus le rectum est perméable. Néanmoins par le toucher vaginal on constate un épaissement des parois rectales au-dessus du rétrécissement. La muqueuse au-dessous du rétrécissement a perdu sa mollesse habituelle et est un peu inégale, écoulement glaireux et sanguinolent par l'anus.

Opération le 1^{er} mars 1892. — Opération de Kraske. Une fois arrivé sur le rectum, on l'ouvre seulement au-dessus du sphincter qu'on ménage. On résèque le rétrécissement et l'on suture. Suites de l'opération excellentes.

La malade est revue en juillet 1894. Garde-robes régulières, indolentes. Pas d'hémorrhagie, mais un peu de suintement anal.

OBSERVATION IX (inédite).

Rétrécissement syphilitique du rectum. Extirpation. Grande amélioration. Malade revue quinze mois après l'extirpation. — Due à l'obligeance de M. Quénu.

La nommée A... Henriette, 38 ans, entre le 26 juin 1893 à l'hôpital Cochin, pavillon Pasteur.

Bien portante jusqu'à 27 ans, époque à laquelle elle se marie, prend la syphilis de son mari et présente bientôt des accidents secondaires. Un enfant, né un an après son mariage, meurt à l'âge de trois mois. La syphilis a été traitée dès le début à l'hôpital Saint-Louis où elle fit plusieurs séjours successifs dans le service de M. Fournier.

Depuis deux ans elle sent une souffrance en allant à la garde-robe, constate la présence des glaires dans les selles, a souvent de fausses envies d'aller à la garde-robe et ne rend que des glaires ou du pus. Vers la même époque elle s'est aperçue de la présence d'hémorroïdes qui donnèrent du sang. Tous ces phénomènes augmentent depuis, les douleurs et la gêne pour aller à la garde-robe deviennent plus fortes, elle continue à évacuer du pus

et des garde-robes sanglantes, et le 26 juin 1893 elle entre à l'hôpital.

Au toucher rectal on trouve à 2 centimètres de l'anus une coarctation très marquée; en avant on sent une sorte de corde, cet endroit saigne facilement, au-dessous la muqueuse est inégale et granuleuse.

Opération le 11 juillet 1893. — Incision postérieure, s'étendant de l'anus jusqu'au milieu du pli interfessier. Isolement du rectum, résection du segment rétréci, suture du bout supérieur du rectum à la marge de l'anus et enfin suture de l'incision postérieure.

Le 21 juillet. — La muqueuse rectale est bien soudée à la peau sauf en avant, où un fil a suppuré. La malade retient bien ses matières, mais ne peut retenir les gaz.

La malade est revue le 30 septembre : selles faciles, mais encore un peu douloureuses, quoique elles le sont beaucoup moins qu'avant l'opération. Le doigt, en franchissant le sphincter, ne sent aucune espèce de constriction, il n'y a pas la moindre coarctation, ni bride cicatricielle. Reste bien encore un peu de rectite. En avant une petite surface n'est pas encore cicatrisée. Enfin, en haut à 3 centimètres de la commissure postérieure de l'anus, on trouve l'orifice d'une petite fistule sous-cutanée, répondant à l'incision postérieure. Cette fistule est incisée le 3 octobre.

Le 26 octobre 1894, la malade rentre dans le service. Selles faciles et indolentes. Le calibre des matières, qui sont rubannées, est diminué. Elle retient bien ses matières, mais à condition de satisfaire immédiatement ses besoins. Elle perd un peu de sang au moment des garde-robes et présente dans l'intervalle des garde-robes un écoulement séro-purulent constant et de plus en plus abondant.

Toute la région du coccyx à la vulvè, séparée de celle-ci par un petit pont de peau, est le siège d'une fente ulcérée. L'orifice rectal est partout, à part sa partie antérieure, au centre d'une ulcération à bords décollés; à gauche on voit une sorte de petit clapier, et l'ulcération a de ce côté un contour circiné. En arrière fissure ancienne, plus large à sa partie moyenne. Au toucher on trouve que la muqueuse a des épaissements colonnaires un peu exagérés sur une petite étendue. L'exploration est douloureuse surtout en arrière et provoque un léger suintement sanguinolent.

OBSERVATION X (inédite).

Rétrécissement du rectum. Ablation du rétrécissement par les voies naturelles. Grande amélioration. Malade revue huit mois après l'extirpation.
— Due à l'obligeance de M. QUÉNU.

La nommée L. V..., âgée de 32 ans, entre à l'hôpital Cochin, salle Richet, le 9 avril 1894, pour des troubles douloureux de la défécation, accompagnés d'un écoulement séro-purulent se faisant par l'anus.

Rien à noter dans les antécédents, si ce n'est que la malade raconte être venue au monde couverte de boutons (?). Nie tout accident spécifique. A l'âge de 20 ans, elle a eu un enfant qui est mort de convulsions au bout de trois mois. C'est à partir de son accouchement qu'elle commence à souffrir de constipation qui devient de plus en plus rebelle ; elle restait jusqu'à 10 jours sans aller à la garde-robe. Depuis longtemps, elle est obligée d'avoir recours aux laxatifs et purgatifs ; souffre au moment d'aller à la selle. Depuis un an, la malade a des hémorroïdes et présente des pertes sanguines au moment des selles. Depuis six mois, elle rend des glaires et du pus au moment des selles et entre les selles.

A l'examen, on trouve deux condylomes à l'orifice anal ; jamais d'abcès autour de l'anus.

En touchant le rectum, on détermine à la partie postérieure de la muqueuse anale très fragile une déchirure en forme de barbe de plume. Au toucher, on sent la muqueuse mamelonnée, tomenteuse, sans souplesse. On sent une coarctation qui augmente jusqu'à 7 centimètres au-dessus de l'anus et dont l'extrémité supérieure laisse passer le bout de l'index qui sent au-dessus une muqueuse saine. Le toucher est très douloureux.

Opération. — Le 18 avril 1894 ; on pratique l'ablation du rétrécissement par les voies naturelles ; suture du bout supérieur du rectum à la marge de l'anus.

Pendant les quelques jours qui suivirent l'opération, la malade eut un peu de fièvre ; les lèvres de la plaie se réunissaient mal et la malade rendait un peu de pus par l'anus. Au bout de 10 jours, on enleva les fils. Lavages boriqués et pansement consistant en une mèche de gaze iodoformée, introduite dans le rectum. La malade a de la diarrhée sans incontinence incomplète des matières. L'anus et le rectum étaient extrêmement douloureux. On pratiqua plusieurs fois le toucher rectal, espérant trouver une collec-

tion purulente, cause du flux du pus journalier, mais on n'en trouva pas. Les lavages boriqués furent continués pendant quelques semaines, l'écoulement purulent diminua et la malade, affaiblie et cachectisée auparavant, reprit des forces et de l'embonpoint.

A sa sortie le 2 juillet 1894 la suppuration persiste toujours quoique peu considérable; à la partie postérieure de l'anus on voit un bourgeon charnu. Son état général était bon.

18 décembre 1894. — Garde-robes régulières, faciles et indolentes. Elle retient bien ses matières solides et même les liquides, mais ne peut pas retenir les gaz. L'écoulement séro-purulent persiste quoique notablement diminué et oblige la malade de se garnir. Elle a quelquefois des pertes involontaires d'humeur avec les gaz. L'anus est large. En dépliant la région on remarque un gros bourgeon charnu en arrière et quelques ulcérations surtout en arrière et à gauche. Au toucher le rectum est large, les parois rectales sont très épaissies dans une hauteur de 1 centimètre environ et à un travers de doigt à partir de l'anus. Le toucher provoque une légère douleur en arrière.

OBSERVATION XI (inédite).

Rétrécissement annulaire du rectum. Ablation par les voies naturelles. —
Due à l'obligeance de M. Quénu.

La nommée D... Hélène, âgée de 33 ans, employée de commerce, est entrée le 25 septembre 1894, à l'hôpital Cochin, salle Lorain.

Antécédents. — Deux curettages pour métrite hémorragique en 1890 et 1891. Hystérectomie vaginale pratiquée par M. Sébileau en août 1893. Laparotomie le 6 février 1894 par M. Quénu qui lui enlève l'ovaire droit.

Début. — Quelque temps après l'hystérectomie qu'elle a subie la malade commence à souffrir du rectum. Les garde-robes deviennent difficiles et douloureuses et bientôt s'accompagnent d'écoulement de pus et de sang. Dans l'intervalle des garde-robes elle ne perd pas de sang, mais pendant les deux heures qui suivent la garde-robe elle a des envies presque constantes d'aller à la selle. Son état empirait toujours, elle ne pouvait ni marcher, ni s'asseoir.

Elat actuel — La malade se plaint d'élancements constants dans le rectum. Les garde-robes sont douloureuses, et elle continue à souffrir pendant 2 heures environ après chaque garde-robe. Dans

l'intervalle des garde-robes elle perd de l'humeur, sans qu'elle s'en aperçoive. Au moment des garde-robes l'écoulement est sanguinolent. Les garde-robes sont difficiles, mais se font néanmoins. Le calibre des matières n'a pas changé.

Le toucher rectal est extrêmement douloureux, surtout à droite et un peu en avant. La muqueuse est inégale, un peu sèche. Le canal ano-rectal est un peu rétréci dans une hauteur de 5 centimètres de l'anus. A la partie supérieure existe une sorte de bride. Le doigt, introduit dans le rectum, ramène du pus.

Opération. — Ablation du rétrécissement par les voies naturelles (procédé de Hartmann) le 24 novembre 1894. Quelques jours après l'opération la malade commence à avoir une légère élévation de température le soir. Les fils sont enlevés le 10 décembre. Pas de désunion de la plaie. Pourtant les quelques garde-robes, que la malade a eues, étaient douloureuses ; elle continue à avoir un écoulement sanguinolent.

19 décembre 1894. — Anus normal. En dépliant la région, on voit quelques ulcérations siégeant sur différents points de la muqueuse anale. Au toucher le rectum est large, le doigt n'est serré en aucun point, mais les parois rectales sont légèrement indurées. Le toucher est très douloureux et fait pousser des cris à la malade.

OBSERVATION XII.

Rétrécissement syphilitique du rectum. Extirpation. Guérison. Malade revue 4 ans après l'extirpation. — Due à l'obligeance de M. QUÉNU.

Mme X..., 36 ans, est atteinte d'un rétrécissement très serré du rectum, siégeant à 1 centimètre de l'anus et accompagné d'un trajet fistuleux. Point à noter : depuis des mois Mme X... ne peut contenir les gaz ; toute la région sphinctérienne est en effet envahie par l'infiltration et on ne sent aucune constriction d'ordre musculaire, en touchant la malade.

4 juin 1890. — Extirpation de la partie inférieure du rectum par la voie périnéale. Suites excellentes, et 8 mois après l'opération les fonctions rectales s'accomplissaient bien, il n'y avait pas trace de suppuration, les parois rectales étaient souples, le pourtour de l'anus et les tissus péirectaux paraissaient absolument sains (Soc. Chir., 1891).

Au début 1894. — Les fonctions rectales s'accomplissent normalement. Il existe toujours de la suppuration peu abondante, mais suffisante pour obliger la malade de se garnir. Le rectum admet

le doigt, mais est néanmoins rétréci. La malade ne souffre pas et c'est sur la demande de M. Quénu qu'elle est venue se faire examiner.

OBSERVATION XIII (inédite).

Rectite proliférante et rétrécissement du rectum. Ablation par les voies naturelles. Mort. — Due à l'obligeance de M. GÉRARD-MARCHANT.

Le nommé L..., 33 ans, entré à l'hospice Ivry, salle Broca, en avril 1894.

Antécédents. — Fluxion de poitrine à 16 ans, scarlatine à 18 ans. Pendant son service militaire contracte la syphilis pour laquelle il suit un traitement pendant 2 ans. Vers l'âge de 26 ans il fut atteint d'entérite caractérisée par des selles fréquentes, des douleurs abdominales et des vomissements. Depuis cette époque les selles ont toujours été fréquentes et lientériques. Depuis 6 ans environ le malade a la voix voilée, se plaint de picotements dans la gorge et présente une petite toux sèche.

Le début de l'affection, qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital, remonte à 3 ans. Le malade avait alors des hémorroïdes avec écoulements fréquents de sang, tenesme rectal et selles sanglantes. Peu après le malade s'est aperçu que ses chemises présentaient des taches de pus. Cet écoulement de pus, d'abord diurne et disparaissant par le repos, devint bientôt continu ; le malade allait souvent à la selle ayant depuis longtemps de la diarrhée, mais quand par hasard les selles étaient mouillées elles sortaient rubannées. S'inquiétant il vit plusieurs médecins, dont aucun ne pratiqua le toucher rectal et qui lui prescrivirent des suppositoires et des pommades. Il entra alors à l'hôpital Saint-Louis, où l'on fit le diagnostic de fistule (?) et d'hémorroïdes. On lui fit en une seule séance la dilatation, à la suite de laquelle les écoulements de sang et de pus redoublèrent. Le malade vint alors dans le service de M. Gérard-Marchant, qui posa le diagnostic de rectite proliférante.

Etat actuel. — L'examen de divers appareils (poumons, cœur, etc.) ne révèle rien de particulier. L'écoulement sanguinolent persiste toujours ; il est plus considérable, quand le malade est debout. Le malade ne souffre que très peu et seulement dans la position assise, où il ressent une sensation de gêne qu'il localise au coccyx. S'il se lève brusquement, il a une sensation de pesanteur dans la région anale.

Examen local. — La région périanale ne présente rien de particulier. En écartant les fesses on provoque l'écoulement d'une quantité assez notable d'un liquide purulent, jaune clair, peu lié. L'orifice de l'anus est agrandi, surtout dans le sens vertical, et présente de nombreuses végétations surtout sur la lèvre gauche. Ces excroissances d'environ 3-4 millimètres d'épaisseur sont aplaties, rosées, à contours assez réguliers. Leur consistance est molle, elles se laissent seulement déprimer lorsque l'on veut introduire le doigt dans l'anus. Au toucher le doigt pénètre facilement dans l'anus et sent la résistance du sphincter interne, qui paraît ne pas présenter des lésions. Immédiatement au-dessus le doigt perçoit de très petites masses donnant l'impression des granulations. En pénétrant plus profondément le doigt est arrêté par de petites tumeurs donnant la même impression que celles qui se trouvent à l'extérieur. Ces masses assez difficilement isolables les unes des autres paraissent prendre racine sur toute la périphérie de l'ampoule rectale. Elles donnent assez bien l'impression, comme forme, des quartiers d'orange incomplets qui convergeraient vers l'axe du rectum. En touchant légèrement on s'aperçoit qu'elles se réunissent de manière à former une sorte de dôme dont le sommet cède cependant à la pression et livre passage à l'extrémité du doigt.

L'opération fut pratiquée le 7 avril 1894, en présence de M. Hartmann. Voilà un peu de mots en quoi elle a consisté : Incision circulaire sur le sphincter dont on décolle le rectum aussi exactement que possible, de manière à conserver ce muscle ; isolement du rectum jusqu'au-dessus des végétations ; abaissement et section en deux lambeaux : un antérieur et un postérieur, excision de toute la partie malade du rectum ; suture du bout supérieur à la peau après abaissement. Drain dans le rectum, gaze odoformée.

Menaces de syncope une fois l'opération terminée. Piqûres d'éther, respiration artificielle.

Le 7 avril. — Au soir, 38°,8 (température axillaire). Le malade va assez bien ; pouls fréquent, mais ample. Pas de vomissements, pas de diarrhée. Extrait thébaïque — 5 centigrammes, lait, thé au rhum.

8 avril. — M. 39°,2 ; s. 37°9. Sulfate de quinine — un gramme, lait.

9 avril. — M. 36°,5 ; s. 38°,8. Diarrhée ; il a sali son panse-

ment qui est plein de matières jaunes et liquides. Nouveau pansement, drain remis en place. Pansement mixte. Extrait thébaïque — 5 centigrammes.

10 avril. — M. 37°,8; s. 38°,7. Diarrhée continue. Le pansement est rempli d'une diarrhée jaunâtre. Pansement humide, drain supprimé. Clavier dans le creux ischio-rectal gauche. Lymphangite autour de l'anus. Pouls fréquent, mais ample; faciès légèrement abdominal. Sous-nitrate de bismuth — 4 grammes, benzo-naphtol — 2 grammes; extrait thébaïque — 0 gr. 05.

11 avril. — M. 38°; s. 38°,2. Diarrhée incessante; pansement humide ouvert. Etat général stationnaire, même traitement.

12 avril. — M. 37°; s. 37°,1. Diarrhée incessante. Quelques points de sphacèle aux sutures. Clavier ischio-rectal plutôt amélioré. On enlève les sutures. Pansement humide ouvert. Même traitement.

13 avril. — M. 36°, 8; s. 37°. Etat stationnaire. Diarrhée abondante, pansements presque impossibles.

14 avril. — M. 37°,9; s. 37°,4. Etat général très mauvais; yeux excavés, traits tirés, teint jaune terreux. Diarrhée considérable. Léger délire. Même traitement, alcool.

15 avril. — M. 37°,1; s. 37°2. Le malade semble moribond; yeux ternes, pouls petit, ne répond plus aux questions. Piqure d'éther, 1 gramme, à 10 heures et demie du matin. A l'intérieur 0 gr. 05 d'opium. Le matin diarrhée moins considérable. Pas de vomissements, ventre sensible. A 3 heures légère amélioration, le malade reprend connaissance. La diarrhée redevient abondante. Sous-nitrate de bismuth.

16 avril. — M. 37°,5; s. 37°. Etat général meilleur. Pommettes légèrement colorées. Diarrhée très abondante, verte. Même pansement. Deux centigrammes d'opium, S. n. Bi, alcool, champagne.

17 avril. — M. 36°,9; s. 37°,6. Diarrhée moins abondante. Faiblesse extrême, faciès tiré, nez effilé, yeux excavés, pouls petit, filiforme. Pas de douleur abdominale, pas de vomissements.

18 avril. — M. 37°,2; s. 37°,5. Etat stationnaire. Le soir diarrhée très fortement sanguinolente.

19 avril. — Mort à 3 heures du matin.

OBSERVATION XIV (inédite).

Rétrécissement du rectum. Extirpation par une incision parasacrée. —
Due à l'obligeance de M. RICARD.

La nommée M... Mélanie, domestique, 27 ans, entrée à l'hôpital Necker, salle Foucher, le 6 septembre 1894.

Antécédents. — Pas de syphilis connue, pas de fausses couches; un accouchement à terme il y a deux mois, enfant vivant, bien portant.

Début. — La malade a eu il y a un peu plus de deux ans sur la marge de l'anus, à droite et un peu en arrière, une fistule qui fut incisée à l'Hôtel-Dieu. Depuis elle a toujours rendu par l'anus du pus quelquefois un peu sanguinolent. Depuis elle a toujours eu quelques difficultés pour aller à la garde-robe. Les selles n'ont pourtant jamais été douloureuses. Les matières sont petites, ovillées, expulsées avec des gaz ou demi pâteuses, jamais normales.

Examen local. — Pas de condylomes. Cicatrice suivant un diamètre oblique en arrière et à droite, déprimée par rapport aux parties voisines, mais néanmoins lisse, non épaissie et non rétractile. Au toucher rectal, on sent que la muqueuse est saine dans une hauteur de deux centimètres environ. Au-dessus la muqueuse devient rêche, en même temps que le canal se rétrécit en entonnoir au point de ne pas laisser passer l'extrémité de l'index à une phalange et demie. Le petit doigt s'engage par son extrémité au-delà du point le plus rétréci. Toute la hauteur du rétrécissement mesure au maximum 3 centimètres. Sa surface est riche; un peu inégale sans présenter de grande saillie en aucun point. Le segment rétréci est mobile. Par le toucher vaginal on constate qu'il n'existe aucun épaississement des parties bien que la consistance plus rigide de la partie rétrécie permette de l'apprécier. L'exploration est indolente et ne détermine pas de saignement.

Pas de syphilis avouée mais cicatrices des commissures labiales caractéristiques.

Voici en peu de mots l'opération pratiquée à la fin de septembre. La malade étant anesthésiée et couchée dans le décubitus latéral droit, on fait une incision autour de l'anus à quelques millimètres de la muqueuse. Cette incision est complétée en arrière par une incision parasacrée gauche. On ne touche pas au coccyx, ni au sacrum. Le rectum est isolé et fendu sur sa face postérieure.

On sectionne transversalement au-dessus du rétrécissement dans une muqueuse épaissie et granuleuse. L'abaissement du bout supérieur du rectum est assez difficile. Suture à la peau.

4-5 jours après l'opération les fils ont coupé en arrière, et le long de la partie postérieure de la plaie se sont formés de petits abcès. La réunion s'est faite par première intention dans le reste de l'étendue de la plaie. L'écoulement persista, mais la malade gardait bien les matières fécales.

La malade est revue par M. Ricard en décembre 1874, deux mois et demi après l'opération. Selles régulières et indolentes. Elle garde bien ses matières. L'écoulement persiste toujours, quoique moins considérable qu'auparavant. En arrière, là où les sutures ont lâché, il existe une sorte de cavité bourgeonnante.

OBSERVATION XV (résumée).

Rétrécissement syphilitique du rectum. Extirpation, Guérison (Gauran, Th. de Lyon, 1892. Obs. II) Malade revue 3 ans 1/2 après l'opération. — Due à l'obligeance de M. PONCET.

F. 26 ans, rétrécissement syphilitique du rectum. Rectotomie linéaire le 10 août 1889. Un an et demi après, récurrence complète. Le 5 mai 1891, extirpation du rectum par la voie périnéale ; résection du coccyx. Suites opératoires bonnes ; défécation facile, mais incontinence complète des matières fécales, suppuration.

Un an et demi après l'opération garde-robes normales, mais la continence des matières fécales n'est pas parfaite ; les selles diarrhéiques échappent à son contrôle. D'autre part, lorsque le besoin d'aller à la selle vient à se faire sentir, elle ne peut y résister. L'écoulement purulent assez abondant persiste toujours. Ulcérations à l'orifice anal. Rectum large, admet facilement le doigt.

D'après des renseignements recueillis en octobre 1894 la malade est toujours bien portante, mais a un peu de suppuration rectale.

OBSERVATION XVI (résumée).

Rectite proliférante, rétrécissement du rectum (DELBET, *Arch. g'n. de méd.*, 1893, v. II).

F. 61 ans rectite proliférante et sténosante.

Opération de Kraske le 21 juillet 1893. Section du sphincter.

Désunion du tiers postérieur de la plaie. Cette vaste brèche se comble peu à peu. Au bout de quelques semaines la cicatrisation est presque complète et la restitution du sphincter est parfaite.

D'après des renseignements récents, recueillis par M. Delbet, la malade, qui souffre de nouveau, est entrée en décembre 1894 dans un hôpital à Londres.

B.

OBSERVATION XVII.

RICHELOT (in th. de Morestin, obs. 31).

Rétrécissement du rectum. Opération de Kraske. Fistule consécutive.
Accouchement. Mort par infection puerpérale.

Madame D..., 39 ans, opérée le 17 décembre 1891. Les suites de l'opération furent simples, mais il se produisit une fistule postérieure. La malade revient le 24 février 1892 et présente des signes de grossesse absolument manifestes. La fistule n'est pas guérie et laisse échapper les matières liquides, mais à cause de la grossesse on ajourne toute opération réparative. La malade a accouché à la maternité de Tenon. Il fallut achever l'accouchement à l'aide du forceps. La fistule postérieure laissant échapper constamment des matières liquides, qui souillaient toute la région périnéale et la vulve, rendit très difficile l'antisepsie génitale. Cette pauvre femme mourut d'infection puerpérale quelques jours après son accouchement.

OBSERVATION XVIII.

RICHELOT (*Ibid.*, Obs. 32).

Rétrécissement du rectum. Opération de Kraske. Fistule et paralysie du sphincter consécutives.

L. M..., 23 ans. Le 3 juin 1892 opération qui est difficile, l'intestin ne descendant pas, entouré qu'il est d'une gangue de tissu inflammatoire. Quelques fils ayant coupé en arrière, il s'établit une large fistule, donnant passage à presque toutes les matières. Elle se rétrécit un peu et le malade put déféquer par son anus. Mais il a toujours eu de la paralysie du sphincter. On fit une tentative inutile pour oblitérer sa fistule. Il a eu à diverses reprises de l'érythème des régions fessière et sacrée.

Il est retourné actuellement aux Antilles dont il est originaire,

il m'écrit récemment : « La fistule, que j'avais quand j'ai laissé Paris, se bouche et reste fermée complètement pendant plusieurs jours, quelquefois cinq ou six, d'autrefois vingt ou trente. La paralysie du sphincter est toujours presque complète et me force à porter un bandage de modèle de ceux qui m'ont été donnés à Tenon. » En outre, il est obligé de se dilater avec les bougies d'Hégar.

OBSERVATION XIX.

SECOND (In thèse de Gauran).

H. 38 ans, rétrécissement annulaire siégeant à 2 centimètres de l'anus et admettant à frottement la pulpe de l'index. Ablation du rétrécissement par les voies naturelles. Guérison. Le malade n'a pas été revu depuis.

OBSERVATION XX.

PONCET (Thèse de Gauran, Obs. I).

F. 32 ans, rétrécissement syphilitique commençant au niveau même de l'anus et admettant à peine l'extrémité de l'index. Le 16 septembre 1891 extirpation de la partie inférieure du rectum par la voie périnéale. Incontinence absolue des matières pendant les premières semaines après l'opération. Quatorze mois après l'opération : garde-robes faciles, mais continence imparfaite pour les selles liquides. Le rectum admet facilement le doigt, les tuniques rectales et les tissus avoisinant sont absolument sains. Guérison.

OBSERVATION XXI.

RICARD (Th. de Carré. Obs. XLVI).

F. 27 ans. Rétrécissement ano-rectal (pédérastie, blennorrhagie), accompagné de deux fistules. Extirpation par la voie périnéale le 10 décembre 1891. Rétention d'urine pendant 48 heures. Incontinence des gaz et des matières liquides. Fistule recto-vaginale opérée trois mois après. Il n'y a plus aucune incontinence à cette époque, pas d'écoulement anal ; rectum large et souple. Guérison.

OBSERVATION XXII.

ALBARRAN (*ibid.*, Obs. XLV).

F. 48 ans, rétrécissement syphilitique siégeant à 5 centimètres de l'anus. Opération de Kraske en novembre 1891.

Formation d'un abcès périrectal et d'une fistule stercorale consécutive, qui persiste encore neuf mois après l'opération. L'écoulement purulent par l'anus persiste.

OBSERVATION XXIII.

(Thèse de MORESTIN, Obs. LXIII).

F. 22 ans, rétrécissement syphilitique siégeant à 5 centimètres de l'anus.

Opération de Kraske le 18 juin 1892. Durée 3 heures. Mort dans la nuit. Autopsie négative.

OBSERVATION XXIV.

JEANNEL (*ibid.*, Obs. XIX).

Rétrécissement syphilitique du rectum commençant à 3-4 centimètres de l'anus et remontant jusqu'à 9-10 centimètres. Intervention par la voie sacrée en février 1893, application du procédé à double volet. Il y eut suppuration de la plaie et une crise intercurrente de manie aiguë. La malade guérit de sa manie et de ses accidents post-opératoires.

OBSERVATION XXV.

LAWSON (Lancet, 1879, p. 512.)

F. 34 ans, atteinte depuis 8 ans d'un rétrécissement rectal, fut traitée à plusieurs reprises sans résultat par la dilatation lente.

Opération le 5 décembre 1877 : incision médiane entre l'anus et le coccyx, section du sphincter externe, isolement du rectum, excision du rétrécissement et suture de deux bouts de l'intestin au catgut. Une diarrhée, survenant quelques jours après l'opération, retarde la cicatrisation de la plaie.

Quatre mois après l'opération on trouve un amas de tissu cica-

triciel autour de la plaie, cependant une bougie de grosseur du médius passe facilement. Garde-robes faciles ; fonctionnement des sphincters parfait, sauf pendant les attaques de diarrhée qui surviennent quelquefois. Certaine gêne dans la station assise.

OBSERVATION XXVI.

HOCHENEGG (*Arch. u. Jahresber. d. K. K. ersten chir. Univ. Klin. Zu Wien* (1888) 1889, p. 242, n° 476).

F. 30 ans. Plusieurs tentatives infructueuses de dilatation pour un rétrécissement sus-sphinctérien. Opération de Kraske ; résection de 12 centimètres du rectum sans ouverture du péritoine. Guérison après quelques accidents inflammatoires périrectaux. 4 mois $1/3$ après l'opération la malade quitte l'hôpital avec la recommandation de passer des bougies, un rétrécissement commençant à se reproduire. Incontinence des matières liquides.

OBSERVATION XXVII.

VELHAGEN (*Th. de Greifswald*, 1889).

F. 27 ans. Rectite proliférante, rétrécissement du rectum. Syphilis à 24 ans.

Extirpation de la partie inférieure du rectum par la voie périnéale le 20 juillet 1889. Suites de l'opération satisfaisantes : la plaie se cicatrise rapidement, l'état général s'améliore, les douleurs et l'écoulement rectal cessent ; la malade retient bien les matières solides, mais perd les matières liquides et les gaz.

OBSERVATION XXVIII.

VAN HOOK (*American Journ. Obst. N. Y.* 1871).

F. 26 ans. Rectotomie en 1888, récurrence complète au bout de un an et demi. Ablation du rétrécissement avec suture du bout supérieur à la peau de la marge de l'anus ; section du sphincter. Guérison.

Deux ans après l'opération : garde-robes faciles, écoulement tari depuis longtemps, pas de récurrence. Si l'on avait eu la précaution de conserver le sphincter externe, les résultats eussent été parfaits.

OBSERVATION XXIX.

LANGE (*N. Y. med. Journ.*, 1891, p. 309).

L'auteur présente à la Société de Chirurgie deux individus, chez lesquels il a pratiqué l'ablation du rectum pour rétrécissement syphilitique. Dans les deux cas, incision périnéale transversale partant d'une tubérosité ischiatique à l'autre et passant en avant du sphincter ; isolement de l'intestin, résection de la portion rétrécie, suture de deux bouts du rectum. Les deux opérés vont bien, ils sont capables de garder leurs matières, mais l'action du sphincter n'est pas suffisante pour retenir parfaitement les matières liquides.

OBSERVATION XXX.

HERCZEL (*Wien. mediz. Wochenschr.*, 1892, p. 1081).

F. 31 ans, syphilis et pédérastie passive. Rectotomie par Billroth en 1890. Rétrécissement siégeant à 4 cent. $1/2$ de l'orifice anal et admettant seulement une sonde de volume d'une plume de corbeau ; fistules anales. Le 21 mars 1892, opération de Kraske ; ablation de 14 centimètres de rectum, inclus dans une masse calcaire. Fixation imparfaite du bout supérieur à la plaie sacrée. Guérison malgré une gangrène partielle du rectum suturé. Il se fait au niveau du sacrum un entonnoir par lequel ont lieu les garde-robes.

OBSERVATION XXXI.

(SCHLANGE, *Arch. f. Klin. Chir.*, 1893, p. 675).

Rétrécissement syphilitique du rectum. Opération de Kraske, procédé de Lévy (résection temporaire des os). Il s'établit une fistule postérieure, qui se referme au fur et à mesure que le lambeau cutané-osseux reprend sa place et s'applique au rectum. Cette fistule se referma bientôt spontanément. Guérison. Défécation normale ; le rectum conserve son calibre normal.

L'étude attentive de nos observations démontre donc que l'extirpation, impuissante d'enrayer défini-

tivement le processus inflammatoire de rectite entretenue par le passage des matières fécales, donne pourtant des résultats beaucoup supérieurs à ceux obtenus par d'autres méthodes de traitement et doit actuellement être considérée comme la méthode de choix. Parmi les différents procédés d'extirpation nous préférons l'ablation par les voies naturelles, quand elle est applicable, procédé qui donne lieu plus rarement que les autres aux accidents et complications qu'on trouve signalés dans les observations.

CHAPITRE III.

Colotomie.

A côté des procédés que nous avons étudiés jusqu'ici, qui s'adressent directement aux rétrécissements, il en est un autre fort indirect pratiqué comme ressource ultime, lorsqu'il entre en jeu une lésion vitale, lorsqu'il n'y a pas d'autres chances de salut, c'est l'anūs artificiel pratiqué sur le colon, la colotomie lombaire ou iliaque. Les Anglais, qui pratiquent volontiers cette opération, préféraient jusqu'à ces temps derniers la colotomie lombaire. Actuellement, croyons-nous, il ne peut plus y avoir de doute pour la méthode et le procédé à choisir. C'est à la colotomie iliaque gauche antérieure qu'il faudra avoir recours et la pratiquer suivant les règles établies par Maydl. Les avantages de cette méthode sont : la simplicité extrême de l'opération, son innocuité parfaite et la facilité pour les malades de prendre ensuite les soins de propreté exigés par leur état. Voici le manuel opératoire adopté dans ces cas par notre maître M. Hartmann.

On fait une incision un peu oblique en bas et en dedans et parallèle au bord externe du muscle droit. Cette incision s'arrête inférieurement au-dessus de l'arcade crurale et s'arrête en haut à deux travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Le plus souvent il est possible d'arriver au péritoine sans pincer aucun vaisseau. La séreuse est alors ouverte dans une petite étendue juste suffisante pour admettre l'introduction de deux doigts, qui vont chercher l'anse immédiatement au contact de la fosse iliaque et la ramènent à l'extérieur.

C'est toujours le côlon (c'est du moins ce que nous avons vu aux colotomies pratiquées cette année à Bichat). L'anse est progressivement attirée à l'extérieur jusqu'à ce qu'on ait dépassé le canal intestinal et qu'une petite portion du méso apparaisse dans la plaie. Transfixant alors ce méso avec une pince de Kocher, dont on entr'ouvre ensuite les mors, on ramène avec elle un rouleau de gaze iodoformée du volume d'un petit doigt de femme. Poudre d'iodoforme et gaze sur la plaie et l'intestin amené dehors. 48 heures après l'anse est ouverte au thermocautère. La petite mèche de gaze, qui transfixe le méso, est enlevée du sixième au septième jour.

L'opération ainsi pratiquée est si simple et si rapide, qu'il est inutile de recourir à la chloroformisation, et que la courte anesthésie obtenue après quelques inhalations de bromure d'éthyle est suffisante pour la mener à bien.

La colotomie est indiquée sans contredit dans les cas des rétrécissements très étendus, infranchissables, avec phénomènes d'obstruction, avec suppuration abondante et avec un état cachectique des malades, conditions qui interdisent toute action directe sur le rectum. En dérivant le cours des matières, on débarrasse les malades de souffrances atroces qu'ils endurent; on supprime l'irritation du rectum ulcéré, produite par les matières qui restent dans les replis des ulcérations, s'y décomposent, entretiennent les ulcérations et en appellent de nouvelles. Ces causes supprimées, on facilite la guérison des malades par un traitement local approprié et on est souvent étonné de voir les malades engraisser rapidement, reprendre des forces et présenter au bout de peu de temps toutes les apparences de la santé et continuer à vivre pendant de longues années. Allingham (1) a revu un de ses opé-

1. Allingham. *Diseases of the rectum.*, 5^e éd., 1888.

rés au bout de 8 ans, un autre au bout de 10 ans. Le malade de Martland (1) était encore vivant 17 ans après l'opération. Enfin la malade de Glaeser (v. Obs. XXXIV) est morte seulement 20 ans après la colotomie.

Les résultats de la colotomie ne sont pas pourtant toujours aussi favorables. Pratiquée comme opération d'urgence, lorsqu'on a en quelque sorte la main forcée (Duplay), il n'y a rien d'étonnant que la mortalité soit encore assez considérable, soit que les malades succombent à des accidents post-opératoires immédiats (péritonite), soit qu'ils succombent à la cachexie, à l'épuisement, quand l'opération est entreprise trop tard. Ainsi de 14 malades d'Allingham (*loc. cit.*) un est mort 56 heures après l'opération, un autre au bout de 3 mois d'épuisement. La statistique de Hahn (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1883) est encore plus sombre, car sur huit cas de colotomie pour rétrécissement du rectum, il a eu à enregistrer deux cas de mort peu de jours après l'opération et trois autres dans le délai de quelques mois. Quelquefois l'écoulement anal persiste, malgré un traitement local actif, comme cela est arrivé à Lange (*Ann. of Surgery*, 1887) et à Hochenegg (*loc. cit.*).

Deux complications sont encore signalées par les auteurs. M. Le Dentu (Carré, th. citée), a été obligé dans un cas de refermer l'anus iliaque à cause d'un prolapsus très considérable de la muqueuse. Jacquinet rapporte dans sa thèse l'histoire d'une malade qui a été prise de manie aiguë après la colotomie et qui de ce fait a dû être internée à Sainte-Anne.

Malgré ces accidents et complications de la colotomie, quand on lit les observations des malades, qui par la gravité de leurs symptômes et par l'étendue de leur mal, ont dû subir une colotomie et

1. Martland. *Edimb. med. a. Surg. J.*, XXIV.

ont recouvré une santé florissante, ont vu leur état général se relever, il est permis, croyons-nous, de se demander, s'il ne faudrait pas peut-être intervenir d'une façon plus radicale dès l'abord, détourner le cours des matières, supprimer ainsi une cause d'irritation et d'infection, porter tous ses soins, toute son action sur le rétrécissement et les lésions nombreuses que présente la muqueuse, puis si l'on arrive à vaincre ces lésions profondes, à rendre à la portion malade un calibre compatible avec ses fonctions, fermer l'anus artificiel et débarrasser ainsi le malade d'une infirmité repoussante.

L'anus artificiel serait ainsi transitoire, temporaire. Nous ne nous dissimulons pas ce que peut avoir de grave une pareille résolution. D'autant plus que les cas de fermeture de l'anus artificiel ne sont pas nombreux. Hahn s'est proposé de le faire dans un cas ; malheureusement, sa malade est morte de pyohémie à la suite d'une périnéorrhaphie. C'est Thiem qui a réussi récemment le premier de mener à bien cette entreprise. Voici l'histoire de sa malade, qu'il a présentée en 1892 au vingt-et-unième congrès de l'association allemande de chirurgie.

OBSERVATOIN XXXII.

F. 42 ans, rétrécissement syphilitique haut situé, n'admettant que de fines bougies. Etat général des plus mauvais, tous les 1/4 d'heure la malade a des écoulements involontaires des matières purulentes, striées de sang. Craignant d'entreprendre, en présence de ces symptômes alarmants, une opération aussi grave que l'extirpation, j'ai pratiqué en décembre 1889 la colotomie iliaque en deux temps.

La malade fut ensuite soumise à un traitement énergique par K I, non-seulement en conséquence de ses antécédents et de sa lésion rectale, mais encore à cause d'une iritis syphilitique récente. En même temps on faisait la dilatation et des lavages antiseptiques du rectum. Quand les ulcérations rectales m'ont paru gué-

ries et le rectum assez dilaté d'une manière sûre et permanente, je fis une laparotomie le 10 juin 1892, il y a donc juste deux ans. J'ai libéré le côlon adhérent à la paroi abdominale ; l'orifice de l'anus artificiel fut réséqué, les deux bouts de l'intestin avivés et suturés, ce dernier enfoncé dans la cavité abdominale et l'abdomen suturé.

Réunion par première intention ; le cinquième jour selle spontanée de calibre considérable. La guérison se maintient voilà déjà deux ans. Ajoutons que le 25 avril de cette année, par conséquent il y a 7 semaines, elle a accouché à terme d'une fille pesant 7 livres.

Cette manière d'agir, par laquelle j'ai obtenu presque la restitution *ad integrum*, me paraît d'autant plus préférable que rien n'empêche d'avoir recours en cas de récurrence à d'autres méthodes curatives, à l'extirpation ou encore à la colotomie.

Tout dernièrement M. Delbet a fait une tentative du même genre, mais il a échoué pour une raison singulière à laquelle il sera bon de songer dans l'avenir. Voici ce fait curieux.

OBSERVATION XXXIII.

(DELBET et M. UCHET, *Arch. génér. de méd.*, 1893, vol. II).

Il s'agit d'une malade qui avait été rectotomisée à la fin de 1890 par M. Verneuil et qui n'avait tiré aucun soulagement de cette intervention (voy. n° 19 de notre tableau de rectotomie). Quand elle s'est présentée à l'hôpital de la Charité, son état était le plus misérable du monde, elle éprouvait à la fois tous les ennuis du rétrécissement et tous ceux de la rectotomie. En effet, le rétrécissement s'était reproduit, si serré qu'il admettait à peine l'extrémité du doigt et la partie inférieure de la plaie de rectotomie, largement béante, suppurait abondamment. La malade était maigre, cachectisée ; son état général interdisait toute intervention sérieuse, et d'autre part, l'état du périnée ne permettait pas de faire dans les bonnes conditions l'ablation du rétrécissement. Seul l'anus contre nature était possible et utile, et je le pratiquai le 15 avril 1892 par la méthode de Maydl. Ce fut une véritable résurrection, le ballonnement de l'abdomen, les douleurs disparurent ; la malade se remit à manger, à engraisser ; au bout de quelques

semaines, elle était transformée ; et la plaie ano-rectale soigneusement pansée et débarrassée du contact des matières, était cicatrisée. C'est alors que j'entrepris l'extirpation du rétrécissement par la voie sacrée. Je passe sur les premières difficultés de l'opération, qui furent considérables. Le rectum, qui avait été rectotomisé, qui avait suppuré pendant longtemps, présentait des adhérences, dont il fut fort difficile de triompher. Au-dessus du rétrécissement principal, il existait des séries d'autres rétrécissements irréguliers, remontant très haut, si bien qu'il fallut ouvrir le péritoine. Cela fait, j'abaissai peu à peu la partie supérieure du rectum, quand je fus tout d'un coup arrêté par une résistance insurmontable dont je ne pouvais tout d'abord me rendre compte. Je songeai alors à regarder l'anus artificiel et il fut aisé de constater qu'à chaque traction exercée sur le rectum l'anus artificiel s'enfonçait. Ainsi cet anus avait été fait sur la portion tout à fait inférieure de l'S iliaque, et la fixation de l'intestin en ce point empêchait d'abaisser suffisamment le rectum pour qu'il fut possible d'extirper toute la partie malade. J'ai dû laisser l'opération incomplète et la malade a gardé son anus artificiel.

Le cas de Thiem reste donc jusqu'à présent, à notre connaissance au moins, unique dans la littérature. Il est évident que dans ces conditions nous ne pouvons rien présager de l'avenir.

Avant de terminer ce chapitre nous rapporterons en quelques mots l'observation de Glaeser qui a eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'une femme, qu'il a colotomisée 20 ans auparavant pour un rétrécissement du rectum. Cette observation est intéressante à ce point de vue qu'elle nous montre l'état du rectum 20 ans après la colotomie.

OBSERVATION XXXIV (résumée).

(GLAESER, *Arch. f. Klin. Chir.*, 1867-68, p. 509 et *ibid.*, 1887, p. 459).

Femme atteinte d'un rétrécissement syphilitique du rectum. Extirpation du rectum, récidence. Colotomie iliaque en 1866. Mort en 1886. Pendant les 20 ans l'anus iliaque a bien fonctionné. A l'autopsie, cicatrices syphilitiques du frontal, du pharynx et du

voile du palais. Gommès du foie; dégénérescence amyloïde des reins et de la rate.

On voit à la partie postérieure du périnée une cavité à plis rayonnants, admettant à peine la pulpe du petit doigt et ne livrant passage même aux sondes les plus fines. A l'ouverture de la cavité abdominale on trouve des adhérences de l'épiploon au petit bassin et à la trompe gauche. Une des dernières anses de l'intestin grêle adhère à la trompe gauche et au cul-de-sac terminal du gros intestin. Celui-ci, tapissé d'une muqueuse normale, s'étend à 3 centimètres au-dessous de l'anus artificiel et se continue avec une fistule, conduisant dans une cavité suppurante qui siège au niveau du psoas. Le côlon pelvien et le rectum, entourés de tissus non enflammés, sont réduits à un cordon fibreux, long de 15 centimètres, présentant une cavité n'admettant que des sondes très fines. Ce cordon est séparé du cul-de-sac terminal du gros intestin et de l'anus normal par une mince membrane. La cavité de ce cordon est tapissée par une membrane qui ressemble plus à une séreuse qu'à une muqueuse. Le calibre du gros intestin est très diminué; la muqueuse au-dessus de l'anus artificiel est saine.

CONCLUSIONS.

I. — Le traitement de choix des rétrécissements du rectum est l'extirpation, préconisée par notre maître, M. le professeur Terrier, pratiquée par ses élèves Richelot, Quénu, Hartmann et par une série d'autres chirurgiens.

II. — L'extirpation sera pratiquée par des procédés différents suivant le siège et l'étendue des lésions.

α) Pour les rétrécissements ano-rectaux le procédé de choix est l'ablation directe avec conservation du sphincter.

β) Pour les rétrécissements du rectum c'est l'ablation par les voies naturelles après dilatation de l'anus (procédé de Hartmann).

γ) Lorsque ce procédé est impossible on devra recourir aux diverses modifications de l'opération de Kraske ou encore à la voie ischio-rectale qui n'a jamais été employée à notre connaissance dans les cas des rétrécissements, mais que nous avons vu suivre avec succès par M. Hartmann dans un cas d'épithélioma.

III. — En suivant les malades, on constate que dans les rétrécissements dits syphilitiques cette extirpation n'est le plus souvent pas suivie d'une guérison radicale, en ce sens qu'il persiste un certain degré de suppuration explicable par la grande extension de la rectite concomitante.

IV. — Lorsque par suite de suppuration périrectale l'extirpation est impossible, c'est à la rectoto-

tomie postérieure avec débridement des trajets que l'on doit recourir.

V. — Si l'étendue en hauteur des lésions ne permet de recourir ni à la rectotomie, ni à l'extirpation, on n'est pas pour cela désarmé et l'on doit ne pas hésiter à pratiquer la colotomie iliaque qui permet des survies de longue durée.

VI. — La dilatation par les bougies constitue un adjuvant utile après la rectotomie ou après l'extirpation, lorsque le rétrécissement a de la tendance à se reproduire.

Vu par le Président de la thèse,

TERRIER.

Vu par le Doyn,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE.

- Albesco.** — De la réctotomie postérieure préliminaire. Th. de Paris, 1888.
- Allingham.** — Diseases of the rectum, 1888.
- Baudoin.** — De l'antiseptie rectale. Progrès méd., 1890, p. 167.
- Berger.** — Rétrécissement syphilitique du rectum. Semaine méd., 1883, p. 333.
- Carré.** — Du rétrécissement dit syphilitique du rectum. Th. de Paris, 1893.
- Cerou.** — Nouveaux faits pour servir à l'histoire de la rectotomie linéaire. Th. de Paris, 1875.
- Crédé.** — Die Behandlung der narbigen Mastdarmverengerungen. Arch. f. klin. Chir., 1892, p. 175.
- Delbet et Mouchet.** — Rectite proliférante et sténosante. Arch. gén. de méd., 1893, v. II, p. 513.
- Duplay.** — Des rétrécissements du rectum, etc. Semaine méd., 1892, p. 461.
- Fournier.** — Lésions tertiaires de l'anus et du rectum, 1875.
- Gauran.** — Des rétrécissements syphilitiques du rectum. Th. de Lyon, 1892.
- Glæser.** — Sectionsergebnisse 20 jahre nach Auleitungeines anus artificialis. Arch. f. klin. Chir., 1887, p. 459.
- Le Gloadec.** — Du rétrécissement syphilitique du rectum. Th. de Paris, 1869.
- Godebert.** — Sur les rétrécissements syphilitiques du rectum. Th. de Paris, 1873.
- Gosselin** — Recherches sur les rétrécissements syphilitiques du rectum. Arch. gén. de méd., 1854, p. 666.
— Du rétrécissement du rectum d'origine syphilitique. Son traitement. Gaz. des hôp., 1879, p. 763.
- Hahn.** — Zur Behandlung der syphilitischen Masdarmulcerationen durch die Colotomie. Arch. f. kl. Chir., 1883, p. 395.
- Hartmann.** — Ablation des rétrécissements du rectum par les voies naturelles. Septième congrès de chirurgie. Paris. 1893.
- Herczel** — Behandlung der hochsitzende luetische Mastdarmstricturen mittelst der Kraske'schen sacralen Extirpation. Wien. mediz. Wochenschr. 1892, n° 27.
- Hochenegg.** — Beiträge zur chirurgie des Rectums etc. Arb. u. Jahreshb. d. K. K. erst. chir. Univ. Klin. zu Wien. (1888), 1889, p. 124.
- Jacquinet.** — Contribution à l'étude et au traitement du rétrécissement vénérien du rectum. Th. de Paris, 1890.

- König.** — Die Bedeutung der Kolotomie für die schweren Erkrankungen des Mastdarmes. Berl. Klin. Wochenschr. 1887, n° 2.
- Kraskè** — Zur Extirpation hochsitzender Mastdarmkrebs. Arch. f. Klin. Chir., t. XXXIII, p. 563.
— Berl. Klin. Wochenschr. 1887., p. 899.
- Lange.** — N. Y. med. Jour., 1891, p. 309.
- Lawson.** — The Lancet, 1879, p. 512.
- Marchand.** — Etude sur l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum. Th. de Paris, 1873.
- Mollière.** — Traité des maladies du rectum et de l'anus. Paris, 1877.
- Monnot.** — Contribution à l'étude du syphilome ano-rectal. Th. de Paris, 1882.
- Morestin.** — Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. Th. de Paris, 1894.
- Moses.** — La méthode sacrée. Th. de Paris, 1892.
- Panas.** — Bull. soc. de chir., 1872, p. 539.
- Péan.** — Traitement des rétrécissements du rectum. Bull. méd., 1889, p. 1387.
- Pinguet.** — Des rétrécissements du rectum, appréciation des diverses méthodes thérapeutiques. Th. de Paris, 1873.
- Quénu.** — Bull. soc. de chir., 1891.
- Richelot.** — *Ibid.*, p. 125.
- Sauri Ricardo.** — Etude sur le rétrécissement fibreux du rectum. Th. de Paris, 1868.
- Schlange.** — Berl. Klin. Wochenschr., 1892, n° 47.
— Arch. f. Klin. Chir., 1893, p. 675.
- Sirot.** — Du traitement chirurgical des rétréc. du rectum. Th. de Paris, 1872.
- Terrier.** — Bull. soc. de chir., 1891, p. 147.
- Terrier et Péraire.** — Antisepsie et aseptie chirurgicales. Paris, 1893.
- Thiem.** — Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. Berlin, 1892.
- Tillaux.** — Clin. chirurg. T. II.
- Tison.** — Nouvelles considérations sur la rectotomie linéaire. Th. de Paris, 1877.
- Trélat.** — Clin. chirurg. T. II.
- Van Hook.** — American Journ. Obs. N. Y., 1891.
- Velhagen.** — Beitrag zur Kenntniss der syphilitischen Mastdarmgeschwüre. Th. de Greifswald, 1889.
- Verneuil.** — Bull. soc. de chir., 1872, p. 447.

